

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Chirle de Oliveira Raphaelli

PREVALÊNCIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
EM USUÁRIOS DO PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS
EM SÃO LOURENÇO DO SUL:
Estudo Piloto

São Lourenço do Sul
2012

Chirle de Oliveira Raphaelli

PREVALÊNCIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
EM USUÁRIOS DO PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS
EM SÃO LOURENÇO DO SUL:

Estudo Piloto

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientadora: Andrea Wander Bonamingo

São Lourenço do Sul
2012

Raphaelli, Chirle de Oliveira

Prevalência de insegurança alimentar e nutricional em usuários do Programa de Aquisição De Alimentos em São Lourenço do Sul: Estudo Piloto. / Chirle de Oliveira Raphaelli - São Lourenço do Sul: 2012. 83 p.

Monografia – Universidade Federal de Rio Grande do Sul. Escola de Administração. Pós-graduação Gestão em Saúde.

1. Consumo de Alimentos. 2. Segurança Alimentar e Nutricional. 3. Políticas Públicas.

Chirle de Oliveira Raphaelli

PREVALÊNCIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL
EM USUÁRIOS DO PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS
EM SÃO LOURENÇO DO SUL:
Estudo Piloto

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Pós
Graduação em Administração da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Gestão em
Saúde.

Conceito final: _____

Aprovado em: 23 de junho de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Roberta Alvarenga Reis - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Cristianne Maria Fames Rocha - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora - Prof.^a Andrea Wander Bonamingo - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

“O mundo é tão vasto!

Começarei com o meu país que é o que conheço melhor.

Meu país, porém é tão grande!

Seria melhor começar com minha cidade.

Mas minha cidade também é tão grande.

Seria melhor eu começar com minha rua.

Não, minha casa!

Não, minha família!

Não importa, começarei comigo mesmo!”

Graça e Paz

AGRADECIMENTOS

À Prefeitura Municipal de São Lourenço do Sul;

À Secretaria do Desenvolvimento Social e Habitação;

Ao CRAS Esperança;

Às Entidades Religiosas de São Lourenço do Sul parceiras do Programa;

Aos beneficiários do Programa de Aquisição de Alimentos;

Às Unidades Básicas de Saúde;

Às Equipes de Saúde da Família;

À Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; e

Ao Polo da Universidade em São Lourenço do Sul.

RESUMO

Introdução: O Programa de Aquisição de Alimentos visa garantir a segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiárias. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de insegurança alimentar de famílias beneficiárias do Programa de Aquisição de Alimentos no município de São Lourenço do Sul. **Método:** Estudo transversal, envolvendo duas comunidades de beneficiários do Programa em São Lourenço do Sul. A insegurança alimentar foi avaliada com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, classificando as famílias em segurança alimentar ou em insegurança alimentar leve, moderada ou grave. **Resultados:** Das 830 famílias inscritas no Programa de São Lourenço do Sul, 52 famílias foram avaliadas (7%). A prevalência de insegurança alimentar foi de 88% e 90%, respectivamente em famílias sem e com menores de 18 anos moradores na casa. A prevalência do consumo familiar de feijão, cereais e ovos foi elevada e de frutas, legumes e verduras foi baixa. Em 13,5% das famílias utilizavam a casca dos alimentos e mais da metade utilizavam talos durante a preparação das refeições. Todas as famílias que utilizavam cascas (07 famílias) estavam em insegurança alimentar. **Conclusões:** A prevalência de insegurança alimentar é elevada e o consumo de frutas, legumes e verduras é baixo nas famílias do Programa. A avaliação deste Programa vai servir para direcionar as ações à nível municipal visando melhorar o acesso destas famílias a alimentação adequada e saudável.

Palavras chave: Consumo de Alimentos; Segurança Alimentar e Nutricional; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Introduction: The Food Acquisition Program aimed at ensuring food security and nutritional status of beneficiary households. Objective: To evaluate the prevalence of food insecurity for families receiving the Program in Are Lourenço of South. **Method:** Cross-sectional study involving two communities benefit from the program in Are Lourenço of South. Food insecurity was assessed using the Brazilian Food Insecurity Scale, classifying families on food security or food insecurity mild, moderate or severe. **Results:** Of the 830 families enrolled in Purchase Are Lourenço of South, 52 families were evaluated (7%). The prevalence of food insecurity was 88% and 90% respectively in families with and without children under 18 living at home. The prevalence of household consumption of beans, cereals and eggs was high and fruit and vegetables was low. In 13.5% of households used the bark for food and more than half stems used during the preparation of meals. All families who used shells (7 households) were food insecure. **Conclusions:** The prevalence of food insecurity is high and the consumption of fruits and vegetables is low in the families of the Program. The evaluation of this program will serve to direct the actions of even the municipal level to improve the access of families to adequate and healthy food.

Word-key: Food Consumption; Public Policies; Food Security.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01. MODELO CONCEITUAL DOS DETERMINANTES ASSOCIADOS À SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL..... 29

FIGURA 02 - LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO LOURENÇO DO SUL NO MAPA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2012..... 41

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – CRITÉRIOS UTILIZADOS PARA AVALIAR O CONSUMO ALIMENTAR FAMILIAR DE ACORDO COM A RECOMENDAÇÃO DO GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA: DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL. 45

QUADRO 02 - PONTUAÇÃO PARA CLASSIFICAÇÃO DOS DOMICÍLIOS COM SOMENTE MORADORES DE 18 ANOS OU MAIS DE IDADE, NAS CATEGORIAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. 47

QUADRO 03 - PONTUAÇÃO PARA CLASSIFICAÇÃO DOS DOMICÍLIOS COM PELO MENOS UM MORADOR DE MENOS DE 18 ANOS OU MAIS DE IDADE, NAS CATEGORIAS DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL..... 47

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA, SÃO LOURENÇO DO SUL, RS. 2012. (N=52).....	52
TABELA 02 - PREVALÊNCIA DE SEGURANÇA E INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DOMICÍLIOS COM MORADORES MENORES DE 18 ANOS. SÃO LOURENÇO DO SUL, RS. 2012. (N=42).....	53
TABELA 03 - PREVALÊNCIA DE SEGURANÇA E INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DOMICÍLIOS SEM MORADORES MENORES DE 18 ANOS. SÃO LOURENÇO DO SUL, RS. 2012. (N=10).....	53
TABELA 04 - PREVALÊNCIA DE SEGURANÇA E INSEGURANÇA ALIMENTAR EM DOMICÍLIOS COM MORADORES MENORES DE 18 ANOS DE ACORDO COM O NÚMERO DE CRIANÇAS DA CASA. SÃO LOURENÇO DO SUL, RS. 2012. (N=42).....	54
TABELA 06 - ADEQUAÇÃO DO CONSUMO DA POPULAÇÃO ESTUDADA POR GRUPO DE ALIMENTOS CONFORME RECOMENDAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, SÃO LOURENÇO DO SUL, RS. 2012. (N=52)	57
TABELA 07. FREQUÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DE TALOS E CASCAS DE LEGUMES, VERDURAS E FRUTAS EM PREPARAÇÕES DA FAMÍLIA PELA POPULAÇÃO ESTUDADA, SÃO LOURENÇO DO SUL, RS. 2012. (N=52) ..	57
TABELA 08 - ASSOCIAÇÃO ENTRE O USO DE TALOS E CASCAS DE LEGUMES, VERDURAS E FRUTAS EM PREPARAÇÕES DA FAMÍLIA E A PREVALÊNCIA DE SEGURANÇA E INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS SEM MORADORES MENORES DE 18 ANOS, SÃO LOURENÇO DO SUL, RS. 2012. (N=10).....	58
TABELA 09 - ASSOCIAÇÃO ENTRE O USO DE TALOS E CASCAS DE LEGUMES, VERDURAS E FRUTAS EM PREPARAÇÕES DA FAMÍLIA E A PREVALÊNCIA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS COM MORADORES MENORES DE 18 ANOS, SÃO LOURENÇO DO SUL, RS. 2012. (N=42)	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPA - Centro de Apoio ao Pequeno Agricultor
CONAB – Companhia Nacional de Abastecimento
CONSEA - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
DHAA – Direito Humano a Alimentação Adequada
EBIA - Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FAO - Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Economia
ISAN - Insegurança Alimentar e Nutricional
LOSAN - Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional
MAPA - Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento
MDA – Ministério do Desenvolvimento Agrário
MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MESA - Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome
MF – Ministério da Fazenda
MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS – Ministério da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PAA – Programa de Aquisição de Alimentos
PBF – Programa Bolsa Família
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSAN – Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares
PRONAF - Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
SAN – Segurança Alimentar e Nutricional
SESI – Serviço Social da Indústria
SISAN – Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional
SMDSH – Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social e Habitação
UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. JUSTIFICATIVA.....	19
3. REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1. DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA	23
3.2. SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	25
3.3. CONSUMO ALIMENTAR DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS	30
3.4. PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS	31
3.5 PREVALÊNCIAS DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	35
4. 1. OBJETIVO GERAL.....	39
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
5. METODO.....	40
5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO	40
5.2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO	40
5.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO	42
5.4. COLETA DE DADOS	42
5.5. INSTRUMENTO DE PESQUISA.....	44
5.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	48
5.7 DIGITAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	49
5.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	49
6. RESULTADOS.....	51
7. DISCUSSÕES	59
8. CONCLUSÕES.....	66

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 67

ANEXOS 74

1. INTRODUÇÃO

A alimentação saudável e adequada compreende o uso de alimentos variados e seguros que respeitem a cultura, as tradições e os hábitos alimentares saudáveis de uma população (BRASIL, 2009). Segundo Burity et al. (2010), a preocupação cotidiana com a alimentação humana permeia-se pela garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada - DHAA. Na medida em que a Insegurança Alimentar e Nutricional - ISAN, além de ferir este direito, pode se manifestar sob diversas formas, como doenças associadas à má alimentação, à fome e ao consumo de alimentos que não são seguros e, portanto, prejudiciais à saúde (BRASIL, 2006a).

A segurança alimentar e nutricional está diretamente vinculada à qualidade do consumo alimentar da população. O consumo de frutas, hortaliças, grãos integrais e leguminosas, com redução na ingestão de açúcar, sal e gorduras, são recomendações do governo brasileiro, pautadas em políticas públicas de segurança alimentar e nutricional que incentivem a produção, a comercialização e o consumo de alimentos para a adoção de práticas de vida mais saudáveis (LOPES, 2010).

As políticas nacionais relativas à alimentação e a agricultura relacionam-se com a proteção e a promoção da segurança alimentar e nutricional. Fazendo frente à situação complexa observada, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS tem atuado de maneira integrada e articulada com outras instâncias, por meio de programas e ações de educação alimentar e nutricional, rede de equipamentos públicos de segurança alimentar e nutricional, produção agroecológica integrada e sustentável, programa de aquisição de alimentos, agricultura urbana e periurbana (BURLANDY, 2009; LOPES, 2010; BRASIL, 2012).

Desde o fim da Segunda Guerra Mundial o direito à alimentação é pauta de reuniões de Organizações Internacionais. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948) tenta harmonizar a garantia das liberdades fundamentais com a busca da igualdade econômica, política e social e foi o início do entendimento e da busca pela Garantia do Direito Humano a Alimentação Adequada no contexto mundial (BURITY et al., 2010). A Declaração

Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas - ONU dispõe em seu Artigo XXV:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948, p.5)

Foi a partir de então, de forma progressiva que a Segurança Alimentar e Nutricional - SAN começa a ser entendida como uma possível estratégia para garantir a todos o Direito Humano à Alimentação Adequada - DHAA. O direito à alimentação adequada não deve ser interpretado como apenas o acesso aos alimentos, mas também se refere às condições sociais, econômicas, culturais, climáticas, ecológicas, entre outras (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948).

Em 1966 o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais reconheceu a alimentação como um direito humano (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1966). Nosso país passou a fazer parte, adotando as cláusulas do Pacto a partir de 1991, assumindo assim a defesa dos direitos de sua população.

No Brasil, Josué de Castro¹, apontou a grave situação da má alimentação no Brasil, associando a fome com a falta de acesso à renda da população, por meio do perfil epidemiológico nutricional. Vasconcelos (2008) verificou no estudo de Josué de Castro que as carências nutricionais (desnutrição, hipovitaminoses, bócio endêmico, anemia ferropriva etc.) sobrepuseram-se às doenças crônicas não-transmissíveis (obesidade, diabetes, dislipidemias, entre outras).

A partir de estudos de Josué de Castro muitos avanços foram obtidos, tanto com relação ao diagnóstico que permitiu avaliar ao longo do tempo a extensão e gravidade dos níveis de desnutrição e de sobrepeso/obesidade, quanto com relação à forma de intervenção pública como um contraponto a esse problema (CUSTÓDIO,

¹ Josué de Castro foi médico, nutrólogo, professor, político, escritor e um importante ativista brasileiro que dedicou sua vida ao combate à fome. Partindo da experiência pessoal no nordeste brasileiro, publicou: Geografia da Fome, Geopolítica da Fome, entre outras obras. Exerceu a Presidência do Conselho Executivo da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO), e foi também Embaixador brasileiro junto à Organização das Nações Unidas (ONU).

2011), o que ressaltou ainda mais a necessidade de estudar e levantar estas relações.

A garantia do direito humano à alimentação adequada no Brasil foi fomentado durante as Conferências de Segurança Alimentar e Nutricional, mas foi a partir da implantação da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN que o país colocou a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional em sua agenda política, por meio da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, reafirmando que a alimentação adequada é direito fundamental do ser humano. A partir da promulgação desta lei, que formaliza a criação do Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN, o governo brasileiro estabeleceu como prioridade na agenda política a questão da alimentação e nutrição, a partir da ampliação do conceito de segurança alimentar e nutricional e da exigibilidade DHAA (BRASIL, 2006b).

Assim, o Brasil toma frente nas políticas nacionais de Combate à Fome e a Desnutrição. Em meados de 2003 a 2006, no Governo de Luís Inácio Lula da Silva, foi instituída a Estratégia Fome Zero, o Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome - MESA e restabelecido o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - CONSEA, extinto nos primeiros dias do governo anterior (PELIANO, 2010; SANTOS; PASQUIM; SANTOS, 2011).

Foi neste panorama que o Programa de Aquisição de Alimentos - PAA foi criado. O PAA, instituído pela Lei nº 10.696 de 02 de julho de 2003 e regulamentado pelo Decreto nº 5.873 de 15 de agosto de 2006, atualmente constituiu uma das ações do MDS e tem como objetivos garantir o acesso aos alimentos em quantidade, qualidade e regularidade necessárias às populações em situação de ISAN contribuir para formação de estoques estratégicos; permitir aos agricultores familiares que estoquem seus produtos para serem comercializados a preços mais justos; e promover a inclusão social no campo por meio do fortalecimento da agricultura familiar (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c).

Nos últimos anos, o governo brasileiro vem fomentando a maior disponibilidade de alimentos provindos de agricultura familiar para o consumo nacional. O PAA estimula a produção e o consumo de maior diversidade e qualidade de alimentos prevendo a garantia da soberania nacional. O Programa estimula a

formação de estoques estratégicos e fortalecimento da agricultura familiar, garantindo assim a segurança alimentar do país (BRASIL, 2003a).

Segundo Panelli-Martins, Santos e Assis (2008, p.67) “o município deve ser capaz de identificar os grupos socialmente vulneráveis ao problema, tanto quanto de acompanhar e avaliar os resultados das ações a eles dirigidas”. De acordo com os autores, ainda é limitada a experiência de avaliar a intervenção pública em geral, ressaltando que “A avaliação da SAN não escapa a esta situação, especialmente porque não se conta, ainda, com métodos que possam dar conta de avaliar o fenômeno em toda a sua extensão” (PANELLI-MARTINS; SANTOS; ASSIS, 2008).

Apesar disso, ainda existe situação de fome e de insegurança alimentar no país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010). Populações que se encontram em vulnerabilidade social, possuem menor renda familiar ou ainda populações culturalmente discriminadas, apresentam maior chance de presenciar ISAN em seu domicílio comparando com o restante da população. Além disso, a inadequação da qualidade e da quantidade da dieta interferem na SAN, causando doenças como obesidade e hipercolesterolemia, e deficiências nutricionais como anemia (CONSELHO DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2010).

Considera-se necessário que os estudos que avaliam SAN avaliem o problema da situação de insuficiência alimentar em grupos mais vulneráveis da população brasileira, no que diz respeito à garantia ao acesso dos alimentos, mas também avaliem às características qualitativas da dieta, buscando identificar os seus desvios das recomendações nutricionais (PANIGASSI et al., 2008a).

A implementação do Programa na esfera municipal encontra-se pouco documentada na literatura brasileira. Pensando nisso, percebe-se a necessidade de verificar se o PAA esta atingindo seu objetivo central de garantir a oferta de alimentos à população em vulnerabilidade social. Diante disso é de fundamental importância o conhecimento da atuação do Programa na realidade familiar no contexto municipal, mais precisamente no município de São Lourenço do Sul/RS. O objetivo do presente estudo foi avaliar a situação de ISAN e o consumo familiar nos

domicílios dos beneficiários do Programa de Aquisição de Alimentos em São Lourenço do Sul/RS.

2. JUSTIFICATIVA

Problemas relacionados a questões alimentares e nutricionais são comuns em parcelas significativas da população mundial, seja pela ausência do alimento, pela má qualidade da alimentação ou por condições de vida e saúde que impedem o aproveitamento adequado do alimento disponível (BRASIL, 2005).

Em consideração a esta situação avaliar o nível de ISAN das famílias beneficiárias do PAA se mostra interessante e de fundamental importância para conhecer o nível de atuação do Programa na garantia de SAN das famílias atendidas. Além disso, a avaliação da ISAN é importante como forma de subsidiar ações públicas no âmbito municipal e verificar o impacto do Programa na vida da população beneficiária.

A Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação - FAO vem investindo na proposição de indicadores básicos para o monitoramento e a avaliação da situação de segurança alimentar dos seus países signatários (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO, 2000). O Brasil, em 2004, inseriu na Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios - PNAD um bloco com perguntas sobre insegurança alimentar e nutricional, gerando então dados, nos anos de 2004 a 2009, sobre a temática, nas capitais brasileiras (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O Brasil construiu um importante espaço para o debate e ação em torno da SAN, sendo que a preocupação com melhores métodos para avaliar o fenômeno vem se fazendo presente nos debates das Conferências Nacionais de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004). Progressivamente a preocupação com a avaliação da SAN no Brasil alcançou a esfera municipal, tendo em vista a descentralização de políticas sociais. O município, assim, passa a ser um local privilegiado para implementar ações voltadas à avaliação, o monitoramento e a promoção da SAN (PANELLI-MARTINS; SANTOS; ASSIS, 2008).

São Lourenço do Sul, localizado na Zona Sul do Estado do Rio Grande do Sul, faz parte do Território da Cidadania da Zona Sul do Estado. Conta com uma população de 43.111 habitantes, 54,2% de residentes na zona rural e 56,2% na zona urbana. Desde 2005 existe um forte incentivo da Administração Pública Municipal para a melhoria das condições de vida de sua população, com a implantação de programas visando à SAN no município. O PAA foi implantado em São Lourenço do Sul em 2005 e tem sido amplamente discutido no âmbito governamental com a sociedade civil, com organizações como o Centro de Apoio ao Pequeno Agricultor - CAPA, Emater/Ascar/RS, Cooperativas e agricultores familiares da região (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2012).

A implementação do PAA no município, aconteceu efetivamente em 2006, quando a agricultura familiar foi fortalecida e a qualidade da alimentação da população foi melhorada.

Foi pensando em acompanhar a situação de ISAN da população beneficiária do PAA, que São Lourenço do Sul, realizou a avaliação da ISAN dos beneficiários do PAA no ano de 2006 por meio de questionário, que continha a versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional- EBIA, com objetivo de verificar a situação de ISAN dos beneficiários do Programa,

Atualmente, pensando em verificar novamente a situação de ISAN, bem como o consumo alimentar dos beneficiários, o Gestor Local da Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social e Habitação - SMDSH propôs a construção e aplicação de um novo questionário para a população beneficiária do Programa no município. A intenção da intervenção foi verificar o andamento do Programa entre 2006 e 2012, avaliando as mudanças nos hábitos alimentares e situação de segurança alimentar dos beneficiários e das crianças atendidas pelo Programa.

O presente estudo está sendo realizado dentro da SMDSH, com autorização do gestor da pasta, conforme apresentado no anexo 01, pois Secretaria do Desenvolvimento Social e Habitação e foi autorizado pelo Gestor (Anexo 1). Este estudo será abordado no Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Gestão em Saúde do profissional nutricionista que está inserido nas atividades rotineiras de promoção da SAN da Secretaria. Assim, com o propósito de realizar um

estudo piloto do questionário construído com duas comunidades de beneficiários do PAA, tem-se como intenção de verificar e ajustar o instrumento e os procedimentos a serem utilizados na coleta de dados a ser realizada futuramente em toda população. Esta pesquisa também foi realizada como meio de fomentar o Governo e a sociedade civil para a criação do SISAN no município.

Os dados existentes de 2006 não serão comparados com os dados da atual pesquisa em virtude da EBIA utilizada neste estudo ser a versão longa. Além disso, este estudo não tem como objetivo esta comparação e sim fazer uma avaliação do PAA a nível municipal. Futuramente, após a coleta de dados em todas as comunidades será realizada a associação dos dados coletados em 2006 e 2012 para versar as melhorias alcançadas desde o início do Programa.

Além disso, considerando que na literatura consultada não foram encontrados registros de pesquisas com a população específica de São Lourenço do Sul e que são poucos os estudos sobre a implementação do PAA a nível municipal, justifica-se a importância de estudar a SAN dos beneficiários do PAA em São Lourenço do Sul e ainda fazer uma breve comparação da frequência de consumo alimentar no âmbito familiar.

Cabe ressaltar que anteriormente ao PAA no município, existia a doação de cestas básicas adquiridas por meio de licitação municipal sem a preocupação da inclusão de alimentos como frutas, verduras, legumes e leite. Após a implantação do PAA local foram obtidos alimentos da cesta básica e também incluídos alimentos como hortifrutigranjeiros. Esta verificação também será avaliada após o término da coleta de dados.

A entrega de alimentos no município provindos da agricultura familiar é realizada quinzenalmente. Percebe-se que apesar do PAA ter como objetivo a garantia da SAN e do Direito Humano à Alimentação Adequada - DHAA, talvez este objetivo não seja alcançado plenamente, assim os beneficiários do PAA de São Lourenço do Sul tenham sua garantia de SAN e do DHAA durante a semana da entrega, que esta se dá quinzenalmente com todo rancho (frutas, verduras, legumes, arroz, feijão, entre outros, alimentos entregues conforme a safra e disponibilidade dos agricultores) e semanalmente com a entrega de leite.

Pretende-se que após esta avaliação do Programa se possa prosseguir com melhorias nas políticas públicas no âmbito municipal, implementando o PAA de maneira sustentável e garantindo a SAN para todos seus beneficiários.

3. REVISÃO DA LITERATURA

A revisão bibliográfica referente ao tema da pesquisa foi realizada nas bases de dados *medline*, *adolec*, *scielo* e *lilacs* sem restrição ao ano de publicação. Os artigos citados nas bibliografias dos artigos consultados nas bases de dados também foram pesquisados e incluídos nesta revisão. Bases de dados de órgãos governamentais também foram consultadas.

3.1. DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA

Entende-se que os direitos humanos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados em sua realização. Todos os seres humanos, independentemente, possuem direitos humanos, ou seja, os direitos existem para todas as pessoas. Qualquer tipo de discriminação que mantenha ou promova desigualdades consiste em uma violação desses direitos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO, 1996). É neste contexto que o Direito Humano à Alimentação Adequada - DHAA deve ser atendido amplamente.

Na perspectiva de erradicar a fome e a pobreza foi estabelecido o primeiro Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2007). Vários países membros da ONU, inclusive o Brasil, comprometeram-se com o tema exposto, além de universalizar a educação básica, reduzir a mortalidade infantil e materna, entre outras metas, até o ano de 2015 (UNITED NATIONS MILLENNIUM DECLARATION, 2000), porém, os avanços obtidos até o momento parecem ser insuficientes para alcançar as metas, principalmente sobre a redução mundial da fome.

O direito à alimentação foi reconhecido mundialmente pelo Pacto Internacional de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais e Culturais, ratificado por 153 países, sendo que em nosso país foi recentemente fixado na Constituição Federal Brasileira como um dos direitos sociais (PIOVESAN, 2004; BRASIL, 2010). No ano de 1999, o Comentário Geral de número 12 do Comitê dos Direitos Econômicos e Sociais das Nações Unidas explicita que o direito à alimentação adequada “é quando todos os homens, mulheres e crianças, sozinhos, ou em

comunidade, têm acesso físico e econômico, em todos os momentos, à alimentação adequada, ou aos meios para sua obtenção” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1999, p.2).

A construção do conceito do DHAA percorreu décadas. No Brasil, a Lei nº 11.346/2006, denominada como Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, prevê em seu art. 2º que:

Alimentação adequada é direito fundamental do ser humano, inerente à dignidade da pessoa humana e indispensável à realização dos direitos consagrados na Constituição Federal, devendo o poder público adotar as políticas e ações que façam necessárias para promover e garantir a segurança alimentar e nutricional da população. A adoção dessas políticas e ações deverá levar em conta as dimensões ambientais, culturais, econômicas, regionais e sociais. É dever do poder público respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do direito humano à alimentação adequada, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade (BRASIL, 2006b, pg 01)

O entendimento sobre o direito humano à alimentação adequada, não cabe apenas o direito de estar livre da fome e da má nutrição, mas também no direito à alimentação adequada. O DHAA se inicia com a garantia da oferta de alimentos para reduzir a fome, mas será plenamente garantido com a realização de uma alimentação adequada e saudável, sendo entendida como um processo de transformação da natureza, em natureza humana, ou seja, em gente saudável e cidadã, não podendo ser condicionado a garantia das “recomendações mínimas de energia ou de nutrientes” (BURITY et al., 2010).

Em vista disso, é de importância fundamental o reconhecimento dos conceitos empregados na definição do DHAA. A disponibilidade de alimentos, a partir da compra/doação ou produção, a adequação dos alimentos em qualidade higiênico sanitária, livre de contaminantes para o alcance do bem-estar nutricional e que esteja de acordo com valores e a acessibilidade física e econômica aos alimentos, são alguns dos conceitos que o DHAA abrange e que devem ser compreendidos para seu entendimento (BURITY et al., 2010).

Ao longo do processo de construção do conceito de DHAA, duas contribuições ficaram definidas: a exigibilidade, que é o reconhecimento da garantia dos direitos como obrigação do Estado, e a inter-relação do DHAA com o conceito mais amplo de SAN. A realização deste direito não é somente relacionada ao

provimento do alimento pela oferta do mesmo, mas abrange uma definição que contempla a garantia de outros direitos (VALENTE, 2002).

O direito a alimentação não deve ser um produto de merecimento ou resultado de ações de caridade, mas deve ser, prioritariamente do Estado e da sociedade civil como um todo (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2004). A participação da sociedade civil é compreendida como o alicerce para a realização do diálogo social, sendo fundamental para a formulação, a execução, o monitoramento e o aperfeiçoamento das políticas públicas de SAN (CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL, 2011).

Neste contexto, o Estado deve respeitar, proteger e também promover e facilitar políticas e programas públicos, recursos e meios de combater à fome e a ISAN e assim garantir o DHAA para todos. Foi pensando nisso e na necessidade de prover alimentação e nutrição, com dignidade, às famílias que passam fome ou estão desnutridas, principalmente as populações em vulnerabilidade social, que o PAA foi criado e posteriormente instituiu-se a PNSAN (BRASIL, 2006b).

3.2. SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A Segurança Alimentar e Nutricional, na década de 70, tinha relação estreita com a produção agrícola para que houvesse a oferta de mais alimentos para o consumo da população mundial. Foi na I Conferência Mundial de Segurança Alimentar, promovida pela FAO, que se observou a escassez de alimentos em diversos países devido à crise na produção de alimentos. Como posição final da Conferência, concluiu-se a necessidade de haver mais disponibilidade de alimentos no mundo para assim garantir a SAN da população (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO, 1974).

Durante a década de 90, a temática de SAN incorporou ao seu entendimento as noções sobre qualidade do alimento (física, química, biológica e nutricional) e sobre o direito à informação e à valorização das opções culturais em termos de tradições e hábitos alimentares das pessoas ou populações. Considerações sobre a

sustentabilidade dos recursos naturais existentes e o manejo sustentável destes, foram incluídas como um importante elemento de SAN (MONTAÑA, 2011).

A segurança alimentar e nutricional ganhou relevância internacional nas últimas décadas. No Brasil, foi a partir de 2003, com a reinstalação do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2003) e de Conselhos de SAN nos estados que houve o aprimoramento das compreensões sobre o tema estimulando a criação da Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006 que instituiu o SISAN. Denominada como Lei Orgânica da Segurança Alimentar e Nutricional - LOSAN, apresenta formalizado o conceito de SAN em seu art. 3º (BRASIL, 2006b):

A Segurança Alimentar e Nutricional é a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente de alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (BRASIL, 2006b, pg.01).

A SAN abrange desde a ampliação das condições de acesso aos alimentos por meio da produção, do processamento, da industrialização, da comercialização, incluindo-se os acordos internacionais, do abastecimento e da distribuição dos alimentos, incluindo-se a água, bem como da geração de emprego e da redistribuição da renda; a conservação da biodiversidade e a utilização sustentável dos recursos; a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, incluindo-se grupos populacionais específicos e populações em situação de vulnerabilidade social; a garantia da qualidade biológica, sanitária, nutricional e tecnológica dos alimentos, bem como seu aproveitamento, estimulando práticas alimentares e estilos de vida saudáveis que respeitem a diversidade étnica e racial e cultural da população; a produção de conhecimento e o acesso à informação; e a implementação de políticas públicas e estratégias sustentáveis e participativas de produção, comercialização e consumo de alimentos, respeitando-se as múltiplas características culturais do país (BRASIL, 2006b).

Em vista do exposto acima, o entendimento da alimentação como mero veículo de consumo de nutrientes ficou pouco abrangente para o conceito de SAN, já que o consumo alimentar remete a inúmeros significados, tais como culturais, comportamentais e afetivos que jamais podem ser desprezados (BRASIL, 2005).

Cabe destacar a definição de uma alimentação saudável e adequada. Alimentação saudável compreende um padrão de alimentação adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos, de acordo com as fases do curso da vida, seguindo os princípios da variedade, da moderação e do equilíbrio. Esta deve ser baseada em práticas alimentares assumindo os significados socioculturais dos alimentos como fundamento básico conceitual. Uma alimentação saudável é considerada adequada quando além da sua composição nutricional também compreende aspectos relativos à percepção dos sujeitos sobre padrões de vida e alimentação adequados a suas expectativas. Neste sentido as dimensões de variedade, quantidade, qualidade e harmonia se associam aos padrões culturais, regionais, antropológicos e sociais das populações. Sendo assim, uma alimentação saudável (e adequada) incorpora como objeto a trajetória necessária, desde a produção do alimento até o consumo, em todas as dimensões e todas as possibilidades que esta produção gera em termos de desenvolvimento sustentável e SAN (PINHEIRO; GENTIL, 2005).

Cabe ressaltar que com o passar dos anos ocorreu um desequilíbrio no consumo de alimentos e nutrientes, desencadeando o fenômeno da transição nutricional na população brasileira. Como consequência deste desequilíbrio, situações de desnutrição, fome, deficiência de micronutrientes, excesso de peso, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis podem coexistir nas mesmas comunidades e, muitas vezes no mesmo domicílio, reforçando assim as diferentes formas de ISAN além da situação da fome em si (STANDING COMMITTEE ON NUTRITION, 2006; COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; GARCÍA-CASAL, 2011).

Um município, estado ou país é capaz de manter a segurança alimentar de sua população através da garantia da produção e disponibilidade de alimentos, implementação de políticas públicas voltadas ao tema, além de assegurar a geração de renda e despesas para as famílias manterem o acesso à alimentação adequada e saudável, e de garantir o acesso à saúde e a serviços de saúde e de educação e, sobretudo a garantia de todos os direitos humanos. A indisponibilidade de alimentos não se coloca como um problema na maioria dos países, inclusive naqueles em desenvolvimento, entretanto, as quantidades ingeridas pela população nem sempre

são suficientes ou são realizadas de forma inadequada (PEDRAZA; ANDRADE, 2005; ANSCHAU, 2008).

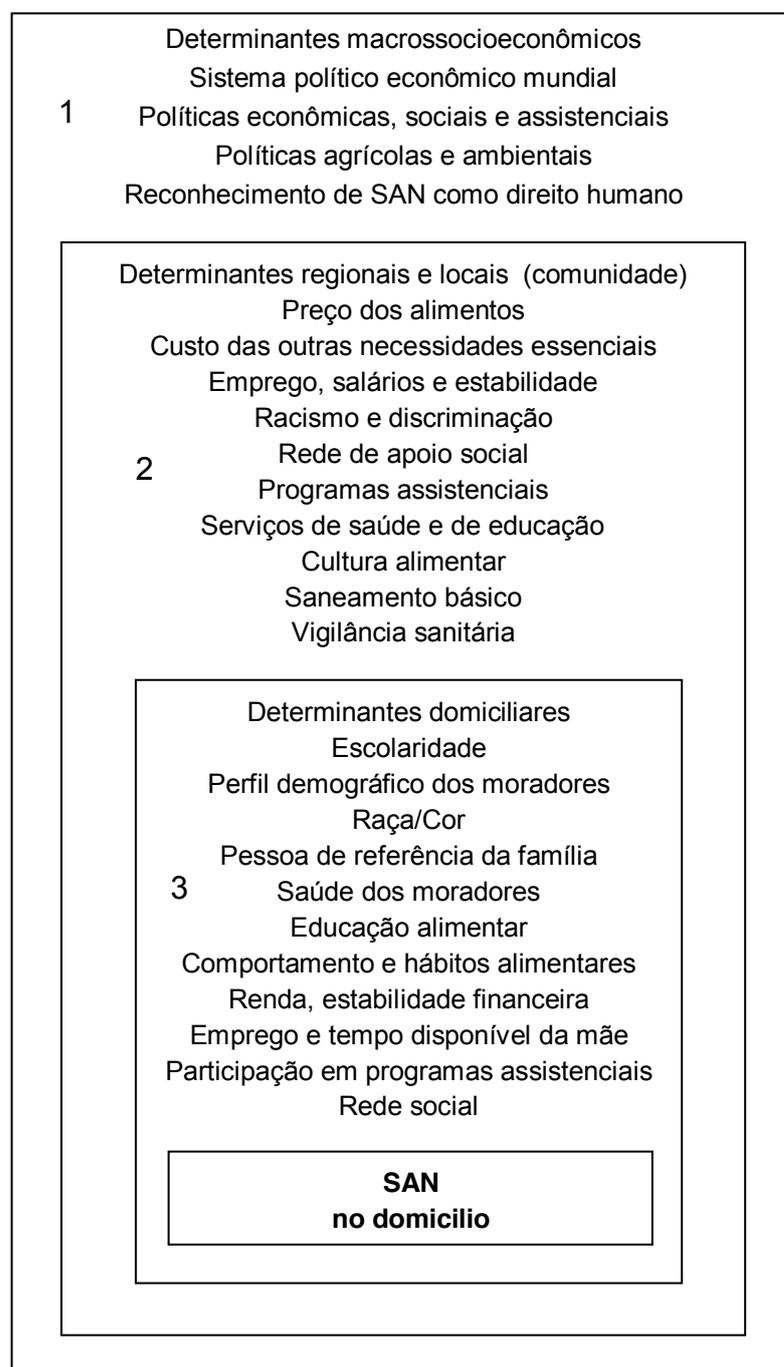
Assim, a situação de ISAN apresentada nos domicílios brasileiros fomentou programas e políticas públicas voltadas ao tema. Cabe destacar que existem populações com maior chance de passar por alguma situação de ISAN em sua residência. A renda e a escolaridade da pessoa chefe da família contribuem, significativamente, para reduzir essa possibilidade. Quando a pessoa de referência da família (chefe da casa) é preta ou parda, é mulher ou tem ocupação instável e/ou informal é verificada maior chance de presença de ISAN no domicílio (HOFFMANN, 2008).

Ressalta-se que existe uma relação inversa entre os níveis de segurança/insegurança alimentar e o percentual de comprometimento dos orçamentos dos domicílios. Supõe-se que as principais causas para a ISAN em sua forma grave são o alto custo da alimentação relativamente às disponibilidades orçamentárias, podendo comprometer a alimentação, além da dificuldade de acesso a outros bens e serviços essenciais a uma vida digna e de qualidade (PANIGASSI et al., 2008b).

Diante do exposto, procura-se ilustrar o caráter multidimensional da SAN. A Figura 01 apresenta a relação do marco conceitual dos determinantes da SAN proposto pelos autores Kepple e Segall-Corrêa (2011). Esta figura visa direcionar a atenção para os determinantes múltiplos e intersetoriais em três níveis: (1) macrossocioeconômico; (2) regional e local; e (3) domiciliar, mostrando como cada nível afeta os determinantes no próximo nível até a SAN.

Os autores apresentam o marco conceitual em relação ao acesso à alimentação adequada e saudável dentro do domicílio, e mostra menos preocupação com os determinantes de uma má alimentação dentro de um contexto sem restrição financeira. A figura apresentada demonstra as diversas maneiras pelas quais se tenta chegar mais próximo do fenômeno da SAN, tentando contemplar as diversas perspectivas e o caráter interdisciplinar da SAN (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011).

Figura 01. Modelo conceitual dos determinantes associados à segurança alimentar e nutricional.



Fonte: Kepple; Segall-Corrêa, 2011.

3.3. CONSUMO ALIMENTAR DAS FAMÍLIAS BRASILEIRAS

As transformações ocorridas no Brasil, relacionadas à crescente modernização e urbanização da sociedade contemporânea levou ao processo de transição nutricional e com isto o comportamento alimentar se tornou de extrema importância, pois os indivíduos estão sendo conduzidos a ter um padrão alimentar inadequado o que leva a sérias consequências sobre sua saúde (MENDONÇA; ANJOS, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

As consequências da transição nutricional trazem desafios importantes para o para o Estado Brasileiro, na medida em que faz emergir novas demandas a partir das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente aquelas relacionadas ao excesso de peso e obesidade, e mesmo assim ainda co-existindo situações de deficiências nutricionais. Estes desafios requerem estratégias consistentes e intersetoriais de promoção da alimentação saudável e adequada na população brasileira.

Cabe ressaltar que alimentação cumpre seu papel fundamental de nutrir o ser humano, mas engloba aspectos psicológicos, fisiológicos e socioculturais, atuando como identidade cultural, podendo ser um meio de interação social e satisfação de desejos (POULAIN; PROENCA, 2003). Assim, o consumo alimentar de uma determinada população mostra-se fortemente associado a aspectos culturais, nutricionais, socioeconômicos ou demográficos e estes devem ser respeitados no momento da decisão alimentar (BONOMO et al, 2003).

Em relação ao consumo alimentar das famílias brasileiras, nas últimas décadas, houve declínio no consumo de alimentos básicos e tradicionais da dieta do brasileiro, como o arroz e o feijão, aumento no consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes, persistência do consumo excessivo de açúcar e insuficiente de frutas e hortaliças, além de elevado aumento de gorduras saturadas e trans (LEVY-COSTA et al., 2005; PIERINE et al., 2006).

Além disso, o aumento expressivo no consumo de alimentos processados, deixando de lado o hábito de realizar as refeições em casa, tendo efeitos negativos na sociedade, na cultura, no meio-ambiente, na economia e nos sistemas

alimentares, nas formas produção, distribuição, comercialização e consumo de alimentos, enfraquecendo as culturas alimentares tradicionais e perdendo a diversidade culinária e diminuindo a convivência familiar (CLARO et al, 2007).

Estudo com beneficiários do Programa Bolsa Família - PBF mostrou que após a transferência da renda, as famílias aumentaram o consumo de proteínas de origem animal, leite e seus derivados; de biscoitos, óleos e gorduras, açúcares e alimentos industrializados; e em menor proporção, aumentou o consumo de vegetais e hortaliças. Essas famílias também apresentaram aumento no consumo de cereais, principalmente arroz e feijão. Em geral, a dieta das famílias avaliadas neste estudo mostra maior consumo de alimentos com maior densidade calórica, considerados básicos, e a prioridade de compra é para os alimentos de baixo preço, bem como os alimentos de menor valor nutritivo, mais ligados ao desejo dos filhos (INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS, 2008).

Outro aspecto da ISAN observado na população brasileira é o significativo aumento do excesso de peso e da obesidade. Estas situações estão fortemente relacionadas à inadequação dos hábitos alimentares, com expressiva ingestão de alimentos de alta densidade energética e pouco valor nutricional, inclusive apresentado por populações mais vulneráveis, ao mesmo tempo em que há redução do consumo de alimentos regionais (principalmente frutas e hortaliças) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

3.4. PROGRAMA DE AQUISIÇÃO DE ALIMENTOS

O PAA é um instrumento de política pública criado pelo Art. nº19 da Lei nº 10.696, de 02 de julho de 2003, regulamentado pelo Decreto nº 4.772, de 02 de julho de 2003, o qual foi modificado pelo Decreto nº 5.873, de 15 de agosto de 2006 (BRASIL, 2003a; BRASIL 2003b; BRASIL, 2006a). Seu objetivo é a garantia do acesso regular e permanente de alimentos em quantidade e qualidade necessárias às populações que estão em Insegurança Alimentar e Nutricional, promovendo a inclusão social no meio rural para o fortalecimento da agricultura familiar. O Programa tem por finalidade o incentivo e o apoio da agricultura familiar, por meio da aquisição de alimentos com dispensa de licitação.

Esses alimentos são adquiridos diretamente dos pequenos agricultores familiares ou de suas cooperativas e associações, onde são destinados para formação de estoques governamentais ou ainda para doação às famílias que estão em ISAN, conseqüentemente em situação de vulnerabilidade social, e são atendidas por programas sociais. Os agricultores familiares que participam do Programa são os que se enquadram no Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar – PRONAF, tais como, os assentados da reforma agrária, trabalhadores sem terra acampados, povos e comunidades tradicionais (quilombolas, agroextrativistas e indígenas) entre outros.

O PAA visa a promoção da agricultura familiar, visto que é realizada a compra antecipada da produção e a busca da segurança alimentar e nutricional de famílias em vulnerabilidade social. Sendo assim este Programa prevê a garantia da alimentação adequada e saudável no âmbito rural e urbano. Pois ao adquirir alimentos da cultura local garante a manutenção dos hábitos culturais do município ou região. Além disso, o Programa evita a comercialização dos produtos por atravessadores, ou seja, os agricultores produzem os alimentos, e tem garantido o mercado consumidor, com preços mais justos (GRISA et al., 2009).

Este Programa garante a oferta de alimentos a populações em vulnerabilidade social e ISAN, garante alimentos em quantidade e regularidades necessárias e garante a compra de alimentos dos agricultores familiares que se enquadram PRONAF promovendo a inclusão social no campo por meio do fortalecimento da agricultura familiar (BRASIL, 2003a).

Apesar de sistematicamente excluída dos programas oficiais de incentivos por anos a fio, a agricultura familiar responde por boa parte da produção de alimentos do país, destinando quase a totalidade de sua produção ao mercado interno (mais de 70% dos alimentos disponíveis no Brasil são produzidos pelo setor), contribuindo fortemente para garantir a segurança alimentar e nutricional dos brasileiros e das brasileiras.

O Programa é coordenado pelo MDS, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG, Ministério do Desenvolvimento Agrário - MDA, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento - MAPA, além do Ministério da Fazenda - MF.

O mesmo é operacionalizado pela Companhia Nacional de Abastecimento - CONAB, órgão público governamental, responsável pela compra direta dos alimentos por preço de referência que não podem ser nem superiores ou inferiores ao do mercado, sempre respeitando hábitos alimentares regionais.

O PAA tem como objetivos: Promover a articulação entre a produção da agricultura familiar e a destinação desta produção, visando o desenvolvimento da economia local e o atendimento direto às demandas de suplementação alimentar e nutricional dos programas sociais locais. Garantir o direito humano à alimentação conforme os hábitos culturais locais, para os segmentos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade social e de ISAN – que são assistidos por entidades e programas sociais; Garantir a compra e o escoamento de produtos da agricultura familiar e de assentados da reforma agrária com remuneração adequada; Aumentar em quantidade e qualidade o abastecimento de gêneros alimentícios aos restaurantes populares, cozinhas comunitárias e bancos de alimentos, tendo em vista ampliar o número desses equipamentos e a capilaridade de distribuição de alimentos e refeições, em especial nas áreas metropolitanas e capitais, para atender às populações com déficits de consumo alimentar/nutricional; Potencializar o atendimento dos programas e entidades sociais locais, com a doação de alimentos e refeições balanceadas, para melhorar a dieta alimentar das populações em situação de ISAN; Eliminar a carência nutricional da população vulnerável à fome, respeitando as diferenças de hábitos regionais; Capacitar os beneficiários do projeto para a gestão empreendedora de negócios em caráter associativo e cooperativo; Fortalecer as economias locais com a geração de trabalho e aumento da renda na agroindústria familiar; e Promover ações de educação alimentar voltadas à segurança nutricional, preservação e resgate da cultura gastronômica, combate ao desperdício e promoção da saúde.

O combate à fome e a busca pela garantia dos direitos da população brasileira é tema que tem sido pauta para a implantação de políticas públicas pelo Governo Federal. O Programa de Aquisição de Alimentos busca a garantia do direito humano à alimentação adequada para os segmentos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade social e de insegurança alimentar e nutricional

Cabe ressaltar que além do objetivo da aquisição dos alimentos da agricultura familiar, o Programa tem outros objetivos, onde estão incluídos, a ocupação do espaço rural, incentivando a permanência e melhores condições de vida para o agricultor e sua família desenvolverem atividades agrícolas utilizando seu espaço rural; a distribuição de renda, pois a circulação de dinheiro na economia da região, trás desenvolvimento, crescimento e possibilidades de maior geração de renda; o combate à fome, pois os alimentos adquiridos são distribuídos para pessoas em risco alimentar, geralmente moradoras da região produtora desse alimento, e são também fornecidas a programas sociais, entidades beneficentes e/ ou assistenciais; a cultura alimentar regional, com a valorização dos produtos regionais, já que a cultura alimentar local é muitas vezes atração turística e por fim a preservação ambiental, recuperação e preservação da agrobiodiversidade nas diversas regiões do país, onde o manejo sustentável de culturas de espécies das regiões (BRASIL, 2012).

Em 2006, o PAA foi implantado no município de São Lourenço do Sul, considerando que o município tem em sua base a agricultura familiar e um número elevado de famílias em situação de vulnerabilidade social e em ISAN. Através deste, foram disponibilizados alimentos às famílias em situação de vulnerabilidades garantindo assim o direito à alimentação saudável e adequada (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2006a).

Assim, foi fomentada a discussão da temática de SAN entre diversos atores da sociedade civil, inclusive com a realização da parceria com entidades religiosas. A partir disso, foi de fundamental importância para realização do controle social e da articulação, bem como execução do Programa, a criação do Comitê Fome Zero, sob o Decreto Municipal nº 2.762 de 24 de abril de 2006 (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2006b).

Este Comitê tem como competências organizar, propor, fiscalizar e acompanhar todas as ações do Programa, sendo, portanto, um importante mecanismo de controle social do PAA. Esse Comitê é formado por um grande número de organizações comunitárias e/ou religiosas comprometidas com a questão de SAN.

O papel das cooperativas no Programa de São Lourenço do Sul é de elaborar e encaminhar anualmente para a entidade responsável pela operacionalização do Programa junto à CONAB o projeto de compra contendo os produtos ofertados ao público alvo, de acordo com a disponibilidade regional.

O Programa prevê alguns critérios de inclusão, para que as famílias recebam os alimentos, de acordo com o perfil dos beneficiários, tais como: renda per capita de até R\$ 155,50 (cento e cinquenta e cinco reais com cinquenta centavos), portadores do vírus HIV/AIDS, famílias com maior número de pessoas (crianças, idosos, pessoa com deficiência) e outras situações excepcionais, mediante parecer técnico do profissional Assistente Social e aprovação do Comitê Fome Zero (SÃO LOURENÇO DO SUL, 2009).

A distribuição dos alimentos ecológicos oriundos dos pequenos agricultores associados às cooperativas (produtores/fornecedores) acontece quinzenalmente nos locais das comunidades parceiras na zona urbana da cidade, as quais repassam os produtos aos beneficiários e semanalmente acontecem as entregas de perecíveis (leite).

3.5 PREVALÊNCIAS DE INSEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL

A ISAN nas famílias brasileiras ainda é muito evidente. Percebe-se isso principalmente em famílias com menor renda familiar mensal, as quais apresentam maiores chances estar em ISAN, tanto na de grau moderado, grave ou leve (PANIGASSI et al., 2008a). Resultados da PNAD mostram que a ISAN diminuiu nos domicílios dos brasileiros, mas que ainda 30,2% dos moradores não têm acesso regular e permanente a alimentos em quantidade e qualidade adequadas ou sentem a iminência de sofrer alguma restrição alimentar no futuro próximo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O acesso à alimentação é uma das dimensões mais básicas da SAN. A dificuldade ou a falta de acesso ao é o principal determinante da fome (Insegurança Alimentar Grave), fonte de diversas doenças e responsável pela morte de milhões de pessoas no mundo.

O estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Economia (IBGE), na PNAD, demonstrou, entre 2004 e 2009, queda da ISAN. Na zona urbana, diminuiu de 33,3% para 29,4% e, na zona rural, de 43,6% para 35,1%. Não obstante representarem avanços significativos, esses números evidenciam ainda grandes problemas: a ISAN ainda é bastante elevada (aproximadamente 57 milhões de pessoas); o campo, apesar de ser o principal espaço para a produção de alimentos, proporcionalmente, é palco da maior incidência de ISAN; e há uma distribuição desigual das pessoas que sofrem de insegurança em todas as suas formas, pois as Regiões Norte e Nordeste apresentam as maiores prevalências comparadas com outras regiões do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Na região sul, em 2009, ainda existia 14,9% de pessoas com ISAN leve, 3,6% com moderada, 2,3% grave, totalizando 20,8% de ISAN. As razões para as variações apresentadas na PNAD são diversas, mas o rendimento familiar continua sendo o maior determinante do grau de acesso aos alimentos. De fato, mais da metade (55%) dos domicílios com rendimento mensal de até meio salário mínimo por pessoa estavam em situação de ISAN grave. Quando a renda domiciliar é maior que 02 salários mínimos por pessoa, a ISAN grave cai para 1,9% dos lares. Quando a pobreza é reduzida também a ISAN reduz. Dessa forma, a redução da proporção de lares em situação de ISAN nos últimos anos pode ser atribuída ao crescimento econômico e a programas sociais, em conjunto com os ganhos reais do salário mínimo, que, juntos, propiciaram significativa redução da pobreza extrema, apesar de suas limitações geradas pelos indutores estruturais da pobreza e desigualdade. A escolaridade também é um fator importante na determinação da situação de segurança alimentar. Quanto maior o nível de escolaridade, menor a proporção de ISAN moderada ou grave (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Na PNAD de 2004, verificou-se que, entre os domicílios em situação de ISAN moderada ou grave, 56% deles eram “chefiados” por pessoas que estudaram no máximo por três anos. Por outro lado, a ISAN estava presente em menos de 6,5% dos domicílios cujas pessoas de referência tinham estudado oito anos ou mais

(INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Concomitantemente a estas prevalências de obesidade e sobrepeso na população brasileira, ainda existem deficiências nutricionais e desnutrição proteico calórica, devido à falta de acesso a alimentação ou ao acesso de forma inadequada. Nestas circunstâncias, estudos mostram a concordância da ISAN com a instabilidade no emprego, insuficiência de renda e baixo nível de escolaridade dos pais de família, implicando graus variáveis de comprometimento na aquisição e consumo de um ou vários alimentos em relação a um ou vários membros da família (MELGAR-QUIÑONEZ; HACKETT, 2008). A situação nutricional das duas populações estudadas por Oliveira et al. (2010), representou condições de vida singularmente precárias sendo semelhantes em termos de prevalência de ISAN (87,3% em São João do Tigre e 88,2% em Gameleira), mas com prevalências de carências nutricionais específicas (anemia e deficiência de vitamina A) diferenciadas.

Evidências indicam que o PBF contribui dentro dos domicílios na melhoria da situação de ISAN, principalmente a condição leve, além de elevar a probabilidade das crianças moradoras do domicílio, apresentarem peso adequado a sua idade ou a sua altura (CAMELO;TAVARES; SAIANI, 2009).

Importantes prevalências de anemia, de déficit de estatura e de obesidade foram encontradas entre beneficiários e não beneficiários do PBF, em estudo realizado em município na Zona da Mata Mineira com 446 crianças com idade entre 6 e 84 meses (OLIVEIRA et al., 2011), mostrando assim que a população brasileira, independente da faixa de renda e idade, esta susceptível a presenciar situações de ISAN.

A ISAN se mostra presente também nas comunidades quilombolas do estado do Tocantins com prevalência de 85,1% das famílias. Observou-se que 40,2% domicílios eram de adobe, apenas 25,4% possuíam coleta de lixo, 31,3% dispunham de abastecimento de água e apenas 8,5% de esgotamento sanitário, 65,6% possuíam filtro de água e 55,2% geladeira. 45,8% das famílias receberam doação de alimentos e 333 (47,8%) não eram beneficiárias do PBF. Apresentaram associação

com ISAN a prática de “queimar ou enterrar o lixo”, “ter abastecimento de água por carro pipa ou diretamente do rio ou córrego”, “ter esgotamento a céu aberto”, “não possuir geladeira” e “ser beneficiário do Programa Bolsa Família”. Assim, este estudo apresentou elevadas prevalências de ISAN nas comunidades quilombolas (MONEGO et al., 2010).

Estudo realizado com famílias indígenas Teréna do Mato Grosso do Sul, que continham em seu núcleo familiar crianças menores de cinco anos, mostraram prevalência de ISAN de 75,5%, sendo que 22,4% das famílias apresentaram insegurança leve, 32,7% moderada e 20,4% grave (FAVARO et al, 2007).

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência de ISAN de famílias beneficiárias do PAA no município de São Lourenço do Sul - RS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o consumo alimentar de famílias beneficiárias do PAA;
- Avaliar a prevalência de ISAN (leve, moderada e grave) nos domicílios dos beneficiários do PAA;
- Analisar a associação dos níveis de ISAN familiar consumo de cascas e talos das famílias.

5. METODO

A seguir será descrito o método de realização deste estudo: o delineamento, a caracterização do município e da população, a coleta de dados, o instrumento de coleta de dados, a metodologia da digitação e análise dos dados e os aspectos éticos que envolveram a pesquisa.

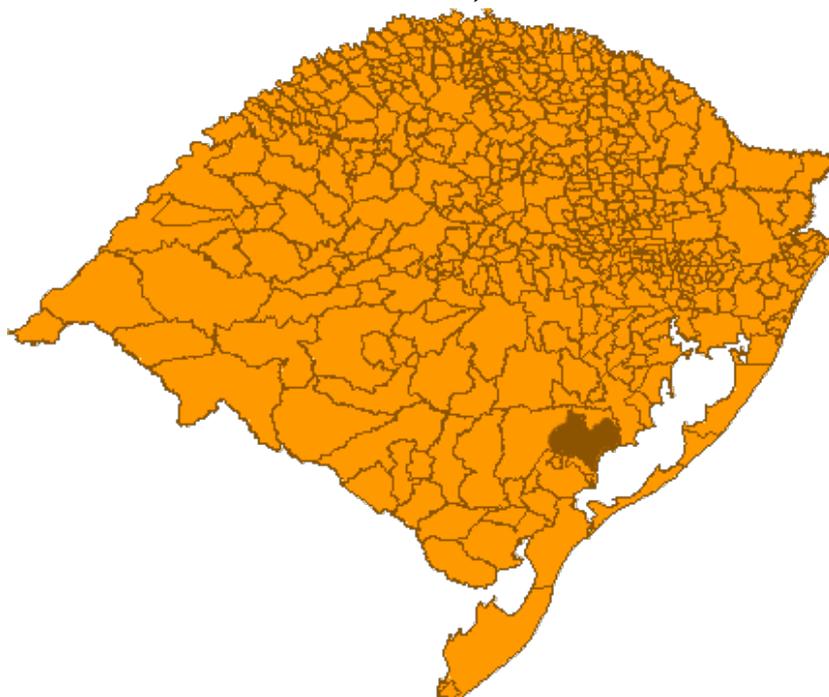
5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal realizado no município de São Lourenço do Sul/RS, com coleta de dados entre os meses de janeiro e março de 2012, que avaliou a ISAN das famílias beneficiárias do PAA que recebem os alimentos do PAA em duas Comunidades Parceiras do Programa de Aquisição de Alimentos. Este trabalho de conclusão de curso compreende um estudo piloto, parte integrante de um estudo maior que está sendo realizado no município, em dez comunidades parceiras do PAA no município.

5.2. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de São Lourenço do Sul tem 43.114 habitantes, sendo que 54,2% da população reside na zona rural tendo, tem como característica, a economia baseada na agricultura e parte no comércio. O município localiza-se na Região Sul do Estado do Rio Grande do Sul (Figura 02). No âmbito da Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social e Habitação, conta com um Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, uma Casa da Criança e do Adolescente (Abrigo Municipal) e uma Unidade de Centro de Referência Especial de Assistência Social em implantação, além de alguns convênios com entidades socioassistenciais privadas (APAE, Lar de Idosos, Casa da Paz, entre outras).

Figura 02 - Localização do Município de São Lourenço do Sul no Mapa do Estado do Rio Grande do Sul, 2012.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007.

O município apresenta uma colonização Alemã/Pomerana, com remanescentes quilombolas, pescadores e agricultores familiares. A taxa de analfabetismo é de 5% em maiores de 15 anos. Apresenta expectativa de vida de 71,6 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2007), sendo lembrado turisticamente por como “a pérola da lagoa” por estar à beira da Lagoa dos Patos e também pelo Reponte da Canção (IBGE, 2007).

A principal atividade econômica de São Lourenço do Sul é a agropecuária. Apresenta destaque a criação de suínos e bovinos, além da produção de laticínios, milho, feijão, soja, arroz, batata, cebola, fumo, aspargo, pimenta, alho e amendoim. Das terras de São Lourenço do Sul, 95% pertencem a pequenos e médios produtores. Também são importantes a indústria do couro e o turismo, que conta com uma importante quantidade de hotéis, pousadas e restaurantes.

5.3. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população atendida pelo PAA no município soma um total de 830 famílias divididas entre as 10 comunidades religiosas parceiras do Programa. Estas famílias são distribuídas por região demográfica, divididas em dez comunidades, uma localizada na zona rural e nove na zona urbana. Das comunidades da zona urbana, uma se localiza no centro da cidade e as demais em bairros.

A divisão de famílias por comunidade é realizada no momento do cadastro do beneficiário no Programa, que recebe os alimentos do PAA na comunidade mais próxima de sua residência.

Para o presente estudo foram selecionadas duas comunidades para coletar os dados iniciais por meio do instrumento de pesquisa. Esta seleção da amostra foi realizada através de sorteio entre todas as comunidades.

Entre todas as comunidades, as duas que foram sorteadas, se localizam, uma na zona central e uma na zona rural. A comunidade da zona rural se localiza a 4 km do centro da cidade.

O sorteio entre as dez comunidades para realização deste estudo piloto teve como resultado as duas comunidades com um menor número de beneficiários titulares cadastrados no PAA em relação a outras comunidades. Assim, a comunidade da zona central conta com 37 titulares cadastrados no programa e a comunidade de zona rural com 17 titulares.

5.4. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nas comunidades religiosas parceiras do Programa no âmbito do município, no dia da entrega dos alimentos as famílias. Nesta etapa, bem, como na etapa anterior foi recebido apoio na divulgação do estudo pelas comunidades às famílias beneficiárias e também no auxílio da divulgação da importância do mesmo. Além disso, as comunidades cederam o espaço para realização da entrevista.

Ressalta-se que a coleta de dados para o presente estudo foi realizada nas duas comunidades sorteadas, mas que após ajustes necessários no questionário, a coleta continuará sendo realizada com o restante dos beneficiários.

Assim, ao realizar o convite, foi solicitado que os beneficiários se apresentassem na Unidade Básica de Saúde - UBS ou no Estratégia de Saúde da Família - ESF mais próximas de sua residência para aferir seu peso e medir sua altura para posterior avaliação do estado nutricional dos titulares do Programa e das crianças de até 12 anos residentes no domicílio. Todos os beneficiários foram avaliados, mas este trabalho irá abordar apenas os beneficiários de duas comunidades sorteadas, uma de zona rural e uma de zona urbana.

No momento do convite, também foi solicitado que os beneficiários levassem no dia da entrevista as carteiras de vacinação além dos dados de peso e altura que haviam sido coletados anteriormente, nas UBSs e ESFs, como havia sido previamente acordado com a pesquisadora. Foi possível observar que as UBSs e ESFs se empenharam na execução dessa atividade.

A coleta de dados nas duas comunidades foi realizada no mês de janeiro de 2012 e a digitação dos dados foi realizada em meados de fevereiro do mesmo ano. A entrevista nas comunidades foi realizada semanalmente contando com cinco entrevistadores, servidores municipais da SMDSH previamente instruídos para tal atividade. Na primeira quinzena de janeiro foi realizada a primeira visita às comunidades. A segunda visita foi realizada na segunda quinzena do mês, com o objetivo de minimizar possíveis perdas de dados, entrevistando então os beneficiários que não estavam presentes na ocasião das entrevistas.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário constituído de perguntas sobre características socioeconômicas, demográficas, de segurança alimentar e nutricional e de estado nutricional (Anexo 2). As entrevistas foram realizadas individualmente. O tempo de aplicação média de cada questionário foi de 20 minutos.

5.5. INSTRUMENTO DE PESQUISA

Como instrumento da pesquisa, foi criado um questionário, composto de questões acerca das características socioeconômicas, demográficas, de SAN e de estado nutricional. O consumo alimentar foi identificado a partir de perguntas de consumo por grupo de alimento. No questionário os alimentos foram divididos nos seguintes grupos: Legumes e verduras; Frutas; Feijão e leguminosas; Leite, iogurte ou queijo (derivados); Carnes (gado, frango, peixe ou miúdos); Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, linguiça ou salame); Ovos; Macarrão, arroz, batata ou mandioca; Salgadinhos de pacotes, biscoitos recheados ou biscoitos doces; Balas, chocolates, pirulitos ou chicletes; e Refrigerantes.

As informações sobre o consumo alimentar semanal da família foram obtidas a partir do número de vezes que a família consumiu determinado alimento nos sete dias anteriores à aplicação do questionário, sem questionar sobre a quantidade de porções, ou de alimentos em gramas.

Para realizar a avaliação do consumo alimentar das famílias utilizou-se como base a recomendação do Ministério da Saúde – MS, intitulado “O Guia Alimentar para a População Brasileira: Dez passos para uma alimentação saudável” (BRASIL, 2005). O Quadro 01 mostra os critérios utilizados para avaliar o consumo semanal familiar.

Quadro 01 – Critérios utilizados para avaliar o consumo alimentar familiar de acordo com a recomendação do Guia alimentar para a população brasileira: Dez passos para uma alimentação saudável.

Grupo de alimentos	Consumo semanal familiar for:
• Feijão e leguminosas	Mais de 5 vezes na semana
• Legumes e verduras	Todos os dias semana
• Frutas	Todos os dias semana
• Leite	Todos os dias semana
• Carnes em geral (exceto ovos)	Todos os dias semana
• Ovos	Mais de 2 vezes na semana
• Embutidos	Menos de 2 vezes na semana
• Cereais	Todos os dias semana
• Refrigerantes	Menos de duas vezes na semana
• Doces e guloseimas	Menos de duas vezes na semana
• Salgadinhos	Menos de duas vezes na semana

Fonte: (Brasil, 2006a).

O questionário construído abrange em no seu terceiro bloco de perguntas a EBIA para avaliar a situação de segurança alimentar e nutricional das famílias do PAA.

A EBIA foi traduzida por pesquisadores brasileiros em decorrência da inexistência de uma metodologia e instrumento brasileiro voltado para o conhecimento da ISAN e do acompanhamento e avaliação do impacto das políticas públicas. Um grupo de especialistas traduziu as questões para o português e realizou um estudo qualitativo, através de grupos focais, a fim de adequar o instrumento à linguagem da população brasileira, criando assim a Escala (SEGALL-CORRÊA et al., 2004; PEREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA,2008).

O primeiro grande inquérito brasileiro sobre ISAN Familiar esteve aninhado na PNAD em 2004 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2005). A validade desta escala foi confirmada em cinco regiões do Brasil antes de ser incorporada à PNAD 2004 (SEGALL-CORRÊA et al., 2004; PÉREZ-ESCAMILLA et al., 2004).

As perguntas desta Escala refletem a expectativa teórica de que o processo de ISAN é provocado por alguma instabilidade socioeconômica que, inicialmente

gera preocupação com a falta de alimentos num futuro próximo. Se o problema que colocou os moradores do domicílio não for sanado, se inicia o comprometimento da qualidade da dieta e logo após, a redução quantitativa na alimentação, primeiro entre os adultos e logo em seguida entre as crianças. Este processo pode agravar-se posteriormente, levando à fome, ou seja, levando a situação grave de ISAN (ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 2008).

A EBIA quantifica 15 questões, sendo nove questões relativas à ISAN dos adultos moradores no domicílio e seis questões referentes à ISAN das crianças. Na aplicação da escala, são dadas as alternativas de respostas “Sim” e “Não”. O período considerado para que os participantes respondessem ao questionário foi de noventa dias anteriores à aplicação do mesmo.

Para a análise dos resultados após a aplicação da escala, os beneficiários foram classificados de acordo com sua condição de segurança alimentar em quatro categorias: a) Segurança Alimentar; b) Segurança Alimentar Leve; c) Segurança Alimentar Moderada; e d) Insegurança Alimentar Grave, as mesmas utilizadas no processo de validação da EBIA (SEGALL-CORRÊA et al., 2004). A seguir os quadros 02 e 03 detalham as pontuações da EBIA. A estrutura da escala com suas perguntas constituem agrupamentos conceituais e a forma de classificação descrita são condições que permitem estimar as prevalências de SAN das unidades domiciliares de forma adequada.

O escore de pontuação atribuído aos domicílios corresponde ao total de respostas afirmativas as 15 perguntas da EBIA, reforçando a situação de existência ou não de pelo menos um morador menor de 18 anos de idade descritos nos quadros abaixo.

Quadro 02 - Pontuação para classificação dos domicílios com somente moradores de 18 anos ou mais de idade, nas categorias de segurança alimentar e nutricional.

Categorias	Pontuação
Segurança Alimentar e Nutricional	0 pontos
Insegurança Alimentar e Nutricional Leve	1 a 3 pontos
Insegurança Alimentar e Nutricional Moderada	4 a 6 pontos
Insegurança Alimentar e Nutricional Grave	7 a 9 pontos

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

Quadro 03 - Pontuação para classificação dos domicílios com pelo menos um morador de menos de 18 anos ou mais de idade, nas categorias de segurança alimentar e nutricional.

Categorias	Pontuação
Segurança Alimentar e Nutricional	0 pontos
Insegurança Alimentar e Nutricional Leve	1 a 5 pontos
Insegurança Alimentar e Nutricional Moderada	6 a 10 pontos
Insegurança Alimentar e Nutricional Grave	11 a 15 pontos

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2005; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

A SAN é demonstrada quando todas as respostas aos itens da escala são negativas. Neste caso não há problema de acesso aos alimentos em termos qualitativos ou quantitativos e não há preocupação de que os alimentos possam faltar no futuro.

A ISAN leve se apresenta no domicílio quando existe de uma a cinco respostas positivas aos itens no quadro 03 e de três a cinco respostas positivas aos itens no quadro 02. Neste caso, há preocupação com a falta de alimentos no futuro próximo e arranjos domésticos para que os alimentos durem mais.

Já na ISAN moderada há de seis a dez respostas positivas aos itens no quadro 03 e de quatro a seis respostas positivas aos itens de acordo com o quadro 02. Nesta situação há comprometimento da qualidade da alimentação e na busca de manter a quantidade de alimentos necessária. Neste nível da insegurança, inicia-se a redução da quantidade de alimentos entre os adultos da família.

Na ISAN grave existem de onze a quinze respostas positivas aos itens conforme quadro 03 e de sete a nove respostas positivas aos itens conforme quadro 02. Nesse caso, há restrição da quantidade de alimentos, levando à situação de fome entre adultos e crianças da família (SAMPAIO et al., 2006).

Ressalta-se que a aplicação da EBIA consistiu na formulação de perguntas diretamente a uma pessoa da família, no caso o titular do PAA. A ISAN medida pela escala apresenta-se em maior grau de severidade, iniciando pelo receio da pessoa de que a família venha a sofrer privação alimentar em um futuro próximo, passando pelo comprometimento da qualidade da dieta e pela limitação da quantidade de alimentos consumidos no domicílio, chegando até o nível mais grave da ISAN, que é fome entre adultos e/ou crianças da família.

Os dois métodos, a EBIA e a avaliação do consumo alimentar, complementam-se mutuamente. O uso da Escala de medida baseada nas experiências de ISAN vivenciadas pelas famílias, pode ser utilizada para mapear, identificar populações que são mais vulneráveis dentro do Programa e assim, compreender os determinantes e consequências da ISAN (PEREZ-ESCAMILLA; SEGALL-CORRÊA. 2008; SEGALL-CORRÊA, 2007).

5.6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação do estudo destaca-se a possibilidade de encontrar uma prevalência de ISAN mais alta nas famílias que são atendidas pelo PAA em comparação com outras famílias não beneficiárias. À medida que este Programa tem por objetivo garantir o acesso à alimentação adequada e a segurança alimentar e nutricional, a análise desta variável (ISAN) foi realizada com cautela. As medidas apresentadas foram comparadas a estudos em populações em vulnerabilidade social, como atendidas pelo PBF e quando comparados os dados com estudo na população em geral, este resultado ficou evidente.

Apresenta-se como outra limitação o baixo número de famílias incluídas no estudo, se comparadas com o total de beneficiários do PAA, no município. Porém, o sorteio realizado incluiu as duas comunidades com menores números de titulares inscritos no Programa comparados com outras comunidades que apresentam maior

número de beneficiários. Assim, como a coleta de dados será realizada com toda população beneficiária, esta pesquisa estudo foi considerada como um estudo piloto.

Além disso, existem poucos estudos que avaliam a SAN em beneficiários do Programa nos municípios brasileiros. Para reduzir esta limitação, foram utilizados alguns estudos que avaliavam populações com menor condição socioeconômica para discutir os atuais resultados.

Além do mais, este estudo aborda apenas parte das variáveis coletadas através do questionário, portanto, será verificado pelo leitor, neste trabalho, alguns dados descritos na coleta, mas que não estão apresentados nesta pesquisa, como exemplo dados de estado nutricional do titular e de moradores menores que 12 anos de idade.

5.7 DIGITAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados através do questionário foram digitados pela pesquisadora e uma estagiária de Nutrição, ambas lotadas na SMDSH. Cada questionário foi digitado por duas vezes e em seguida foi feita a comparação das duas digitações. Para a dupla digitação dos dados foi utilizado o software *Epi Info 6.04d* (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, USA), e após, aplicado o *validate* para checagem automática de amplitude e consistência. Com estas etapas pode-se corrigir falhas durante a digitação e a codificação das variáveis. Ao final deste processo, foi finalizado o banco de dados e o mesmo foi analisado a partir do STATA 11.0.

A análise descritiva das variáveis consistiu em cálculos de média e desvio-padrão para as variáveis numéricas e proporções, e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas.

5.8. ASPECTOS ÉTICOS

Uma semana antes da aplicação do questionário foi realizado o convite formal aos beneficiários de cada comunidade. O convite aos beneficiários foi realizado de

forma verbal e por meio de bilhetes entregues diretamente aos titulares do Programa.

Durante toda a coleta de dados, os titulares do Programa receberam explicações sobre a pesquisa e sobre o andamento da coleta de dados, além de esclarecimento das eventuais dúvidas. Além disso, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e a liberdade de decisão sobre sua participação ou não no estudo, além da garantia do sigilo de seus dados. A aplicação do questionário só foi realizada sob o consentimento verbal do entrevistado e sob a garantia da participação voluntária. Além disso, os entrevistados tiveram a possibilidade de deixar de responder qualquer pergunta ou todo o questionário.

6. RESULTADOS

Das 830 famílias inscritas no PAA de São Lourenço do Sul, 52 famílias foram entrevistadas para este estudo piloto, correspondendo 7% do total da população de beneficiários do Programa. Nas duas comunidades sorteadas, estão inscritos no PAA 54 famílias, sendo que apenas dois titulares não responderam a pesquisa, pois faltaram na data da coleta de dados. Estes dois titulares, que representaram 3,7% do total da amostra foram contados como perdas.

Dentre o total de famílias estudadas, 10 famílias eram formadas por moradores maiores de 18 anos, e 42 famílias eram formadas também por crianças e/ou adolescentes. Não foram observados nas duas comunidades estudadas titulares com menos de 20 anos de idade, sendo que a idade dos beneficiários variou entre 21 e 75 anos, com média de 39,7 (DP +-14 anos). Por domicílio, existiam em média 3,5 moradores menores de 18 anos (DP+- 4,2).

Na tabela 01 está demonstrada a distribuição da população em estudo. Foi interessante observar que a maioria dos titulares do Programa (pessoa responsável por buscar os alimentos e cadastrada como chefe da família) é do sexo feminino (94%). Mais da metade da amostra era de zona urbana, apenas 38,5% dos titulares responderam que sua cor de pele era não branca, 30,8% das famílias tinham quatro pessoas moradoras no domicílio atendido pelo Programa e 80,8% dos entrevistados tinham pelo menos um morador no domicílio com idade menor que 18 anos. Em relação ao número de refeições realizadas pela família, 11,5% das famílias fizeram duas ou menos refeições no dia anterior à pesquisa. Produzir algum alimento em casa para consumo familiar, como exemplo em horta doméstica, ou criar algum animal, como exemplo frango, suíno, foi uma atividade mencionada por 25% dos titulares.

Tabela 01 - Descrição da população estudada, São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n=52)

CARACTERÍSTICAS POPULAÇÃO	N	PREVALÊNCIA
Número de beneficiários		
Total	830	100%
Amostra	52	7%
Comunidade		
A (Zona Urbana)	35	67,3%
B (Zona Rural)	17	32,7%
Idade do titular		
20-30 anos	14	27%
31-50anos	29	56%
>51anos	09	17%
Sexo do titular		
Masculino	03	6%
Feminino	49	94%
Cor da pele/Raça do titular		
Branca	32	61,5%
Preta	10	19,3%
Parda/Amarela	06	11,6%
Indígena	01	1,9%
Morena	03	5,8%
Número de pessoas da família		
Uma	02	3,9%
Duas	08	15,4%
Três	13	25,0%
Quatro	16	30,8%
Cinco	09	17,3%
Seis	03	5,8%
Sete	01	1,9%
Número de crianças		
Nenhum	10	19,2%
Uma	19	36,5%
Duas	15	28,9%
Três	06	11,5%
Quatro	01	1,9%
Número de refeições *		
Uma	01	1,9%
Duas	05	9,6%
Três	16	30,8%
Quatro	28	53,9%
Cinco ou mais	02	3,8%
Produz algum alimento**		
Sim	13	25%
Não	39	75%

*Número de refeições realizadas pela família no dia anterior à entrevista.

** Produz algum alimento em casa, como horta ou animais.

A tabela 02 apresenta a prevalência de segurança e insegurança alimentar e nutricional nos domicílios que tem como moradores, crianças e/ou adolescentes menores de 18 anos, independente do grau de parentesco. A ISAN total

apresentada por estas foi de 88%, sendo que a ISAN em grau leve esteve presente em 15 domicílios.

Tabela 02 - Prevalência de segurança e insegurança alimentar em domicílios com moradores menores de 18 anos. São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n=42)

ESCORE	N	PREVALÊNCIA
Segurança alimentar	05	12%
Insegurança alimentar leve	15	36%
Insegurança alimentar moderada	09	21%
Insegurança alimentar grave	13	31%

A ISAN total nas famílias com somente moradores maiores de 18 anos no domicílio foi de 90% (tabela 03). A ISAN em grau grave foi apresentada por quatro famílias, sendo a situação mais presente dentre os graus de ISAN.

Tabela 03 - Prevalência de segurança e insegurança alimentar em domicílios sem moradores menores de 18 anos. São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n=10)

ESCORE	N	PREVALÊNCIA
Segurança alimentar	01	10%
Insegurança alimentar leve	02	20%
Insegurança alimentar moderada	03	30%
Insegurança alimentar grave	04	40%

A relação entre número de crianças nas famílias e a prevalência de segurança e ISAN esta demonstrada na tabela 04. A prevalência de SAN foi maior entre as famílias com apenas uma criança na casa, comparados com domicílios com mais crianças na casa.

Em torno de 80% das famílias com um, três ou cinco menores moradores da casa apresentaram alguma forma de ISAN e 100% das famílias com dois ou quatro moradores menores de 18 anos em casa apresentaram algum grau de ISAN, sendo que os domicílios que tem quatro crianças ou adolescentes como moradores mostraram a maior prevalência de ISAN grave (tabela 04).

Tabela 04 - Prevalência de segurança e insegurança alimentar em domicílios com moradores menores de 18 anos de acordo com o número de crianças da casa. São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n=42)

ESCORE	NÚMERO DE CRIANÇAS DA CASA				
	01	02	03	04	05
Segurança alimentar	21%	0%	17%	0%	12%
Insegurança alimentar	79%	100%	83%	100%	88%
Insegurança alimentar leve	26%	47%	50%	0%	36%
Insegurança alimentar moderada	32%	13%	17%	0%	21%
Insegurança alimentar grave	21%	40%	17%	100%	31%

Respectivamente, as tabelas 05 e 06, demonstram o consumo alimentar das famílias na última semana por grupo de alimentos e a adequação deste consumo de acordo com as recomendações do Guia alimentar para População Brasileira do MS.

O consumo diário de feijão ou leguminosas foi descrito por 38 famílias, o de legumes e verduras foi apresentado por 17 famílias, de carnes por 18 famílias, de ovos por 14 famílias, o consumo diário de leite foi respondido por 34 famílias e a ingestão diária de cereais por 43 famílias. Na amostra, 13 titulares responderam que sua família não consome frutas diariamente, 29 famílias não consumiram embutidos na última semana, 21 famílias não consumiram refrigerante nos últimos sete dias e 28 titulares informaram não consumir doces e salgadinhos na semana anterior a pesquisa.

Tabela 05 - Descrição do consumo da população estudada por grupo de alimentos conforme prevalência semanal, São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n=52)

GRUPO DE ALIMENTOS	N	PREVALÊNCIA
Feijão e leguminosas		
Duas vezes/semana	02	4%
Três vezes/semana	05	10%
Seis vezes/semana	05	10%
Todos os dias da semana	38	76%
Legumes e verduras		
Nenhum dia na semana	04	7,7%
Um dia na semana	03	5,8%
Dois dias na semana	07	13,5%
Três dias na semana	09	17,3%
Quatro dias na semana	05	9,6%
Cinco dias na semana	04	7,7%
Seis dias na semana	03	5,8%
Todos os dias da semana	17	32,7%
Frutas		
Nenhum dia na semana	13	26%
Um dia na semana	06	12%
Três dias na semana	11	22%

Continua.

Continuação: Tabela 05 – Descrição do consumo da população estudada por grupo de alimentos conforme prevalência semanal, São Lourenço do Sul, RS. 2012 (n=52)

GRUPO DE ALIMENTOS	N	PREVALÊNCIA
Quatro dias na semana	07	14%
Cinco dias na semana	01	2%
Seis dias na semana	02	4%
Todos os dias da semana	02	2%
Leite		
Nenhum dia na semana	03	6,1%
Um dia na semana	----	----
Dois dias na semana	02	4,1%
Três dias na semana	06	12,2%
Quatro dias na semana	03	6,1%
Cinco dias na semana	01	2%
Seis dias na semana	----	----
Todos os dias da semana	34	69,4%
Carnes em geral (exceto ovos)		
Nenhum dia na semana	03	5,7%
Um dia na semana	01	1,9%
Dois dias na semana	07	13,5%
Três dias na semana	13	25%
Quatro dias na semana	05	9,6%
Cinco dias na semana	01	1,9%
Seis dias na semana	04	7,7%
Todos os dias da semana	18	34,6%
Ovos		
Nenhum dia na semana	10	20,8%
Um dia na semana	04	8,3%
Dois dias na semana	07	14,6%
Três dias na semana	09	18,8%
Quatro	02	4,2%
Cinco	01	2,1%
Seis dias na semana	01	2,1%
Todos os dias da semana	14	29,2%
Embutidos		
Nenhum dia na semana	29	56,9%
Um dia na semana	09	17,7%
Dois dias na semana	02	3,9%
Três dias na semana	06	11,8%
Seis dias na semana	01	2%
Todos os dias da semana	04	7,8%
Cereais		
Nenhum dia na semana	01	1,9%
Um dia na semana	01	1,9%
Dois dias na semana	01	1,9%
Três dias na semana	01	1,9%
Quatro dias na semana	02	3,9%
Cinco dias na semana	03	5,8%
Todos os dias da semana	43	82,7%
Refrigerantes		
Nenhum dia na semana	21	42,9%
Um dia na semana	14	28,6%
Dois dias na semana	07	14,3%
Três dias na semana	05	10,2%
Quatro dias na semana	01	2%
Todos os dias da semana	01	2%
Doces e guloseimas		
Nenhum dia na semana	28	53,9%

Continua.

Conclusão: Tabela 05 – Descrição do consumo da população estudada por grupo de alimentos conforme prevalência semanal, São Lourenço do Sul, RS. 2012 (n=52)

GRUPO DE ALIMENTOS	N	PREVALÊNCIA
Um dia na semana	08	15,4%
Dois dias na semana	07	13,5%
Três dias na semana	02	3,9%
Quatro dias na semana	02	3,9%
Todos os dias da semana	05	9,6%
Salgadinhos		
Nenhum dia na semana	28	55,9%
Um dia na semana	10	19,6%
Dois dias na semana	04	7,8%
Três dias na semana	04	7,8%
Quatro dias na semana	01	1,9%
Todos os dias da semana	04	7,8%

A adequação do consumo familiar está descrito na tabela 06. De acordo com a recomendação Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), 86% das famílias beneficiárias consumiam adequadamente feijão, apenas 32,7% consumiam legumes e verduras, 18% atingiam o consumo diário de frutas, 69,4% das famílias consumiam diariamente leite, apenas 34,6% das famílias consumiam diariamente carnes (exceto ovos), 70,9% consumiam ovos por duas vezes na semana. O consumo de cereais mostrou-se adequado em mais de 80% dos beneficiários. O consumo em excesso de embutidos, refrigerantes, doces e guloseimas, salgadinhos, foram demonstrados respectivamente por 25,5%, 14,3%, 17,3% e 17,6% das famílias beneficiárias.

Tabela 06 - Adequação do consumo da população estudada por grupo de alimentos conforme recomendação do Ministério da Saúde, São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n=52)

Grupo de alimentos	n	Prevalência
Feijão e leguminosas		
Atinge recomendação	43	86%
Não atinge	07	14%
Legumes e verduras		
Atinge	17	32,7%
Não atinge	35	67,3%
Frutas		
Atinge	09	18%
Não atinge	41	82%
Leite		
Atinge	34	69,4%
Não atinge	15	30,6%
Carnes em geral (exceto ovos)		
Atinge	18	34,6%
Não atinge	34	65,4%
Ovos		
Atinge	34	70,9%
Não atinge	14	29,1%
Embutidos		
Atinge	38	74,5%
Não atinge	13	25,5%
Cereais		
Atinge	43	82,7%
Não atinge	09	17,3%
Refrigerantes		
Atinge	42	85,7%
Não atinge	07	14,3%
Doces e guloseimas		
Atinge	43	82,7%
Não atinge	09	17,3%
Salgadinhos		
Atinge	42	82,4%
Não atinge	09	17,6%

Tabela 07. Frequência da utilização de talos e cascas de legumes, verduras e frutas em preparações da família pela população estudada, São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n=52)

UTILIZAÇÃO	N	PREVALÊNCIA
Talos		
Sim	34	65,4%
Não	18	34,6%
Cascas		
Sim	07	13,5%
Não	45	86,5%

A prevalência de uso de talos na alimentação da família na amostra total foi de 65,4% (34 famílias) e de uso de cascas foi de 13,5% (07 famílias), conforme descrito na tabela 07. O consumo de talos se sobrepôs ao consumo de cascas.

As tabelas 08 e 09 mostram o cruzamento de dados entre o número de famílias com segurança ou insegurança alimentar e o uso de cascas e de talos na alimentação da família em domicílios com ou sem moradores menores de 18 anos.

Tabela 08 - Associação entre o uso de talos e cascas de legumes, verduras e frutas em preparações da família e a prevalência de segurança e insegurança alimentar em famílias sem moradores menores de 18 anos, São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n=10)

SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	USO DE TALOS		USO DE CASCAS	
	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Segurança alimentar	01	00	01	00
Insegurança alimentar leve	02	02	03	01
Insegurança alimentar moderada	01	03	04	00
Insegurança alimentar grave	00	01	01	00
Total de insegurança alimentar e nutricional	03	06	08	01

Tabela 09 - Associação entre o uso de talos e cascas de legumes, verduras e frutas em preparações da família e a prevalência de insegurança alimentar em famílias com moradores menores de 18 anos, São Lourenço do Sul, RS. 2012. (n=42)

SEGURANÇA ALIMENTAR	USO DE TALOS		USO DE CASCAS	
	NÃO	SIM	NÃO	SIM
Segurança	01	03	05	00
Insegurança leve	08	07	13	02
Insegurança moderada	02	07	07	02
Insegurança grave	03	11	11	02
Total de insegurança alimentar e nutricional	13	25	31	06

Seis famílias, sem moradores menores no domicílio, utilizam talos de legumes e verduras, e apenas uma família referiu utilizar cascas no preparo da alimentação estando em ISAN (tabela 08).

Entre as famílias com moradores menores de 18 anos, 25 utilizavam talos e seis referiram utilizar cascas na alimentação da família estando na situação de ISAN (tabela 09).

7. DISCUSSÕES

O estudo piloto aqui descrito averiguou a SAN das famílias beneficiadas pelo PAA, bem como o consumo alimentar familiar. O instrumento escolhido para averiguar a ISAN em beneficiários do PAA de São Lourenço do Sul, a EBIA, permite averiguar os vários níveis da ISAN nos domicílios. A escala permite verificar a preocupação de que o alimento acabe antes que haja dinheiro para comprar mais, que é a dimensão psicológica da ISAN, apresentada na ISAN leve. A ISAN moderada é apresentada pela insegurança relativa ao comprometimento da qualidade da dieta sem restrição quantitativa, e chegando ao ponto mais grave que é a insegurança quantitativa, situação em que a família passa por períodos concretos de restrição e indisponibilidade de alimentos para seus membros, destacando se a situação em que as crianças são atingidas como a mais grave das condições de INSAN (PEREZ-ESCAMILLA et al, 2004).

A discussão dos dados apresentados neste estudo piloto tornou-se um pouco trabalhoso, pois a população estudada por esta pesquisa encontra-se beneficiária de um Programa que tem por objetivo a garantia da SAN, por isso as prevalências de ISAN na população em geral se mostram diferentes da população aqui apresentada. Pensando nisso, foram selecionados alguns estudos com populações de menores condições socioeconômicas ou em situações de vulnerabilidade social para reforçar a comparação entre os dados atuais e a literatura pesquisada.

Em relação às características apresentadas pela amostra, é verificado que a maioria dos respondentes beneficiários do Programa era do sexo feminino, o que se configura como um dado preocupante, pois, existe clara associação entre as prevalências de ISAN em as famílias cujo chefe é uma mulher. Podemos sugerir que o titular do Programa é o chefe da família, como comumente é sugerido por diversos programas sociais. Estudo de Santos, Gigante e Domingues (2010) mostrou uma forte associação entre a presença de ISAN nas famílias e domicílios com mulheres como chefe da família, sendo que a ISAN foi quase duas vezes maior para as famílias cuja mulher era a chefe do que naquelas em que ambos ou sexos ou somente homens se consideravam chefes.

Além disso, um terço da amostra apresentou um número considerável de pessoas residentes no mesmo domicílio e de 10 famílias pelo menos 08 tinham menores moradores do domicílio, fatores estes agravantes para a presença de ISAN. Especial atenção deve ser dispensada à questão de que estas famílias apresentam-se compostas principalmente por mulheres como titulares do Programa e a maioria (42 famílias) com crianças, que possuem necessidades nutricionais aumentadas, devido a sua fase crescimento. Além disso, mulheres chefiando a família tem a tendência de apresentar vulnerabilidade social o que pode influenciar na maior chance da ISAN no âmbito familiar.

Como já descrito anteriormente, a comunidade de zona rural tem menor número de beneficiários quando comparada com a comunidade da zona urbana. Convém ressaltar a estranheza na existência de beneficiários em uma comunidade de zona rural, pois este meio é o local onde geralmente acontece a produção de alimentos. Reforçando isso, a produção de alimentos para consumo familiar, em horta doméstica, ou a criação de animais (frango, suíno, entre outros) foi pouco difuso entre os beneficiários. A literatura reforça que grupos rurais localizados em zonas deprimidas do país contam com escassos rendimentos financeiros e que muitas vezes os indivíduos dispensam grandes esforços para assegurar uma dieta alimentar satisfatória. Além disso, existem evidências de que a fome manifesta-se de forma mais intensa nos espaços rurais em relação aos urbanos (ANJOS; CALDAS; HIRAI, 2009).

A ISAN total apresentada nos domicílios foi alta independente de ter (88%) ou não ter moradores (90%) menores de 18 anos no domicílio. Menores prevalências de ISAN foram observadas em outros estudos comparados com a alta frequência de ISAN apresentada pelos domicílios de beneficiários do PAA. No Distrito Federal a prevalência de ISAN foi apresentada em 24,8% da população distrital (GUBERT; SANTOS, 2009). Prevalências de ISAN mais próximas aos resultados do presente estudo também foram encontradas. Estudo de base populacional, realizado na região metropolitana do Rio de Janeiro encontrou ISAN em 72% dos domicílios (PIMENTEL; SICHIERI; SALLES-COSTA, 2009). Em famílias beneficiárias de programas de transferência de renda em Toledo/PR a prevalência de ISAN total de 74,6% (ANSCHAU, 2008).

Outro estudo, realizado em famílias com pré-escolares atendidos Centro de Saúde da Família na zona rural do município de Maranguape – CE apresentou ISAN com prevalência similar ao estudo atual (88%) (AIRES et al., 2012). Em São João do Tigre, micro-região dos Cariris Velhos, no Estado da Paraíba, localidade com baixo Índice de Desenvolvimento Humano e precárias condições socioeconômicas, mostrou que apenas 13% das famílias estavam em situação de SAN sendo similar ao encontrado no presente estudo (OLIVEIRA et al., 2009).

A prevalência de ISAN leve foi de 36% nos domicílios com moradores menores de 18 anos e 20% em domicílios sem moradores menores. Isto significa que as famílias referem à preocupação de ficar sem alimento para garantir o futuro imediato, ou têm comprometimento qualitativo da dieta por limitação financeira, sem restrição quantitativa de alimentos. Estudo realizado em domicílios com idosos de Campinas - SP apresentou ISAN leve em 33,0% das famílias (MARIN-LEON, 2005). No interior da Paraíba, a ISAN leve foi de 23,6% (VIANNA; SEGALL-CORREA, 2008).

Já a ISAN nas formas grave e moderada são consideradas situações em que há restrição quantitativa na dieta entre adultos e/ou entre as crianças. Neste estudo, a frequência de famílias em ISAN na forma grave e moderada foi respectivamente, 31% e 21% entre os domicílios com moradores menores de 18 anos e de 40% e 30% entre os domicílios sem moradores menores de 18 anos. Assim como em estudo realizado em municípios de muito baixo IDH no país, mais da metade famílias com crianças menores de cinco anos em seu domicílio, mostraram ISAN grave ou moderada. Destaca-se que a gravidade da situação era maior em relação aos beneficiários do PBF comparados com os não beneficiários (PEREIRA, 2010). O estudo realizado em municípios do interior da Paraíba demonstrou prevalência de 11,3% de ISAN grave e 17,6% de insegurança moderada, sendo menores que as encontradas nos beneficiários de São Lourenço do Sul (VIANNA; SEGALL-CORREA, 2008).

Juntando as restrições quantitativas na dieta dos beneficiários, ou seja, as formas de ISAN moderada e grave, as famílias beneficiárias do PAA de São Lourenço do Sul apresentaram prevalências de 51% em domicílios com moradores menores de 18 anos e 70% em domicílios sem moradores menores de 18 anos. No

estudo da Paraíba, com populações em precárias condições socioeconômicas, a restrição quantitativa de alimentos (ISAN moderada e grave) esteve presente em 61,8% dos domicílios (OLIVEIRA et al., 2009).

Dados da PNAD possibilitaram a estimativa de ISAN grave nos domicílios brasileiros. Foi estimado que 46,1% dos municípios da região norte e 65,3% dos municípios da região nordeste experimentavam a situação de ISAN grave nos domicílios, que assimilam-se aos encontrados no presente estudo (GUBERT; BENICIO; SANTOS, 2010). Além disso, parece haver uma relação entre presença de aglomerado familiar com a presença de ISAN grave (PIMENTEL; SICHIERI; SALLES-COSTA, 2009). Em São Lourenço do Sul os domicílios com dois menores residentes no domicílio, a ISAN grave foi de 40%, com quatro menores na casa foi de 100%, e com cinco foi de 31%.

No atual estudo, a SAN mostrou maior prevalência entre as famílias com apenas uma criança na casa quando comparadas as famílias com maior número de crianças na casa. Em estudo de Panigassi et al. (2008b) cada criança menor de cinco anos de idade no domicílio representou uma razão de chances de 2,1 de a família ser classificada em ISAN moderada e grave e de 1,6 em ISAN leve comparados as com famílias sem menores no domicílio. O que leva-nos a sugerir que a quantidade de crianças moradoras do domicílio pode estar acarretando na maior chance de ter ISAN nas famílias estudadas. Segundo Hoffmann (2008), quanto maior o número de pessoas menores de 18 anos, ou quanto maior o número de pessoas do domicílio, maior a proporção de ISAN. Conforme estudo realizado em Jequitinhonha – MG não se encontrou associação entre a situação de ISAN e o número de moradores no domicílio ou a presença de menores de 18 anos por domicílio (NOBRE et al., 2009). No entanto, estudo realizado com a população de Pelotas demonstra que prevalências de ISAN são consideravelmente mais elevadas entre as famílias com cinco ou mais membros, e sugere que a aglomeração no domicílio também poderia parcialmente explicar estas prevalências (SANTOS; GIGANTE; DOMINGUES, 2010).

A importância da renda para melhoria do consumo alimentar das famílias tem sido descrita na literatura. Estudo que avaliou ISAN e perfil sócio demográfico e econômico das famílias com moradores idosos de Campinas – SP verificou que o

consumo alimentar familiar foi mais adequado e saudável em famílias com maior nível socioeconômico. Famílias com ISAN apresentavam dieta menos variada e saudável que nas famílias em situação de SAN, avaliados pela EBIA. Essas famílias, em situação de segurança alimentar, apresentaram maior consumo qualitativo diário de alimentos como verduras, frutas e carnes (MARÍN-LEÓN et al., 2005).

A aquisição de alimentos pelas famílias brasileiras tem sofrido modificações importantes nas últimas décadas. Houve declínio no consumo de alimentos básicos e tradicionais da dieta do brasileiro, como o arroz e o feijão, aumento no consumo de produtos industrializados, como biscoitos e refrigerantes, persistência do consumo excessivo de açúcar e insuficiente de frutas e hortaliças, além de elevado aumento de gorduras saturadas e trans (LEVY-COSTA et al., 2005; PIERINE et al., 2006).

Um dos fatores cruciais para a aquisição de alimentos no domicílio é a renda mensal da família. Em estudo realizado com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF de 2002/2003 mostrou que a probabilidade de aquisição dos produtos básicos (básicos, como arroz, feijão, farinha de mandioca e açúcar) variou negativamente conforme a renda mensal familiar, enquanto as carnes, leite e demais produtos mostraram influência positiva da renda (COELHO et al., 2009).

Em relação ao consumo de alimentos da família, foi observado que grande parte dos beneficiários consumia adequadamente feijão ou leguminosas e cereais. Estudo realizado com beneficiários do PBF mostrou que após a transferência de recurso financeiro deste, as famílias aumentaram o consumo feijão e arroz, supondo-se que os programas destinados a populações em vulnerabilidade social auxiliam no aumento no consumo de alimentos dentro do domicílio familiar (INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS, 2008; DE BEM LIGNANI et al., 2011).

Apenas um terço da população consumiu legumes e verduras adequadamente e a prevalência do consumo diário de frutas foi baixa, sendo influenciado diretamente pela renda familiar. Estudo realizado com dados da POF 2002-2003 mostrou que o aumento da aquisição de frutas e hortaliças foi observado somente com a diminuição do preço destes ou com o aumento da renda familiar (CLARO; MONTEIRO, 2010). Apesar do fornecimento de legumes e verduras pelo

PAA no município, a frequência de entrega destes alimentos acontece quinzenalmente. Isto significa que as verduras, legumes e frutas da época são consumidas pelos beneficiários de acordo com entrega, sendo que se o Programa não fornecer estes alimentos o consumo semanal destas famílias poderá ser ainda menor. Ressalta-se que durante a coleta de dados nas comunidades não houve entrega de frutas pelo Programa, apenas de legumes ou verduras por isso observa-se maior consumo de legumes e verduras em relação ao consumo de frutas.

Semanalmente o PAA distribui leite aos seus beneficiários estimulando assim o consumo deste alimento. Apesar disso, os beneficiários com adequação no consumo familiar de leite na última semana ficou em torno de 70%. Supõe-se que a quantidade entregue não supre a necessidade diária do consumo familiar. Apesar disso, o presente estudo mostrou que o consumo de leite nos beneficiários do PAA está superior ao encontrado em famílias beneficiárias do PBF em Porto Alegre/RS, sugerindo assim que o fornecimento dos alimentos em si colabora com o consumo deste pela família e a transferência de renda pode sugerir a não aquisição deste alimento fundamental para consumo diário em todas as idades (ROSA, 2011).

Apenas um terço da amostra consumia carnes diariamente, mas 70,9% dos beneficiários referiu consumir ovos pelo menos duas vezes na semana. Sugere-se que a substituição do consumo de carne pelo consumo de ovos seja devido ao menor custo na compra de ovos em relação a carnes. Os alimentos como leite, carnes, ovos e leguminosas encontram-se no mesmo grupo alimentar da pirâmide dos alimentos, pois são todos de origem protéica, mas não significa, no entanto, que possam ser substituídos entre si (PHILIPPI et al., 1999).

As famílias enfrentam a ampla disponibilidade de energia a preços acessíveis, alimentos densos de baixo valor nutricional, como doces, refrigerantes e salgadinhos, além da ampla divulgação de anúncios publicitários e o valor simbólico destes alimentos (DE BEM LIGNANI et al., 2011). No presente estudo o consumo em excesso de embutidos, refrigerantes, doces, guloseimas e salgadinhos ficou em torno de 20% diferindo do elevado consumo destes alimentos apresentado pelas crianças das famílias beneficiárias do PBF de Porto Alegre – RS (ROSA, 2011).

Além disso, sabe-se que uma alimentação adequada deve conter todos os nutrientes para cada faixa etária. Cascas, talos de frutas, verduras e legumes possuem uma quantidade geralmente grande de nutrientes, sendo que estas partes dos alimentos normalmente são desprezadas. Ressalta-se a importância da utilização de cascas, talos e folhas nas preparações, pois o aproveitamento integral dos alimentos, além de diminuir os gastos com alimentação, melhora a qualidade nutricional do cardápio (GONDIM et al., 2005).

O incentivo à utilização de cascas e talos através do aproveitamento total dos alimentos é uma das iniciativas Programa Cozinha Brasil, desenvolvido pelo Serviço Social da Indústria - SESI, em parceria com o MDS e empresas da iniciativa pública e privada (SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA, 2012). Esta prática é bastante difundida nos municípios gaúchos, sendo que as receitas ensinadas pelo SESI também são utilizadas nas abordagens da SMDSH, no que se refere à educação alimentar e nutricional com os beneficiários do PAA.

A prática de aproveitar talos e casca estimula o consumo de uma alimentação com alto valor nutricional e de baixo custo, mas também pode contribuir com maior consumo de agrotóxico junto aos alimentos. O uso de agrotóxicos em alimentos de forma inadequada causa uma contaminação invisível aos mesmos. Assim, o consumo de alimentos em sua forma integral expõe o consumidor à contaminação química pelo uso de agrotóxicos, sendo que os resíduos presentes nos alimentos podem ter efeitos ser cumulativos e até desconhecidos (ALMEIDA et al, 2009; CARNEIRO et al, 2012).

Assim, a utilização dos talos foi superior à utilização de cascas junto a alimentação das famílias do PAA. Apenas 13,5% das famílias beneficiárias de São Lourenço do Sul utilizavam as cascas dos alimentos e mais da metade utilizavam os talos, sendo eu o talo mais utilizado era o de couve (dado não apresentado). Entre as famílias que utilizam os talos (28 famílias), 25 estavam em ISAN sendo que 11 apresentavam a forma grave. Entre as famílias que utilizam cascas (06 famílias), todas estavam em ISAN. Observa-se que a frequência de ISAN se mostra maior entre as famílias que utilizavam cascas e talos no preparo da alimentação.

8. CONCLUSÕES

O presente estudo verificou a SAN e o consumo de alimentos das famílias beneficiárias do PAA de São Lourenço do Sul e apresentou como principais conclusões:

- A prevalência de ISAN é elevada entre os beneficiários do PAA, principalmente nos graus moderado e grave;
- O consumo de frutas, legumes e verduras pelos beneficiários é baixo mantendo as evidências da população brasileira;
- O consumo de feijão e leguminosas, de cereais e de leite é adequado em grande parte das famílias;
- O consumo de embutidos, refrigerantes, doces, guloseimas, salgadinhos é inadequado em torno de 20% da população;
- Apenas um terço da população consome carnes adequadamente, contrapondo-se à alta adequação no consumo de ovos;
- O uso de talos no preparo da alimentação da família é maior que a utilização de cascas.

É pertinente lembrar a própria intencionalidade do estudo, ao se escolher uma população que é beneficiária de um programa que atende populações em situação de segurança alimentar e nutricional para entender a elevada prevalência de ISAN (em torno de 90%) e a predominância dos graus moderado e grave na população estudada.

Ainda assim, este estudo é relevante para avaliar o grau de implementação do Programa a nível municipal, pois a avaliação desta política pública vai servir para direcionar as ações do PAA a nível municipal visando melhorar o acesso destas famílias a alimentação adequada e saudável, principalmente fomentando ações de educação alimentar e nutricional aos beneficiários e na ampliação da oferta de alimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIRES, J. dos S. et al. (In) Segurança alimentar em famílias de pré-escolares de uma zona rural do Ceará. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 25, n. 01. 2012.

ALMEIDA, V. S.; CARNEIRO, F. F., VILELA, N. J. Agrotóxicos em Hortaliças: segurança alimentar riscos socioambientais e políticas públicas para a promoção da saúde. **Tempus Actas em Saúde Coletiva**, Brasília, v.04. 2009.

ANJOS, F.S.; CALDAS, N.V.; HIRAI, W.G. A Dimensão Rural da Insegurança Alimentar: Transformações nas Práticas de Autoconsumo entre Famílias Rurais do Extremo Sul Gaúcho. **Revista de Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, 2009.

ANSCHAU, F. R. **Insegurança alimentar de beneficiários de programas de transferência de renda**. Londrina, 2008.

BONOMO, É. et al . Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócioeconômico e demográfico: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 05, 2003.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 10.696 de 02 de julho de 2003**. Cria o Programa de Aquisição de Alimentos. Brasília, 2003a.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 4.772, de 02 de julho de 2003**. Altera o Programa de Aquisição de Alimentos. Brasília, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Estudo de caso Brasil: a integração das ações de alimentação e nutrição nos planos de desenvolvimento nacional para o alcance das metas do milênio no contexto do direito humano a alimentação adequada**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira. Promovendo a Alimentação Saudável**. Brasília, 2006a.

_____. Presidência da República. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006**. Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN). Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar Nutricional SISEAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, 2006b.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 5.873 de 15 de agosto de 2006**. Cria o Programa de Aquisição de Alimentos. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Educação. **Resolução/CD/FNDE nº 38, de 16 de julho de 2009**. Brasília, 2009.

_____. Presidência da República. **Emenda Constitucional nº 64, de 04 de fevereiro de 2010**. Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Brasília, 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Disponível em: <www.mds.gov.br>. Acesso em 04 mai. Brasília, 2012.

BURITY, V. et al. **Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH), 2010.

BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersectorialidade no âmbito federal de governo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3. 2009.

CAMELO, C S.; TAVARES, P.; SAIANI, C.C. S. Alimentação, Nutrição e Saúde em Programas de Transferência de Renda: Evidências para o Programa Bolsa Família. **Economia**. v:10, n.4. 2009.

CARNEIRO, F. F. et al. **Dossiê ABRASCO: Um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde**. ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2012.

CLARO, R. M. et al. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.4. 2007.

CLARO, R. M.; MONTEIRO, C. A. Renda familiar, preço de alimentos e aquisição domiciliar de frutas e hortaliças no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, 2010.

COELHO, A.B.; AGUIAR, D.R.D.; FERNANDES, E.A. Padrão de consumo de alimentos no Brasil. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, Brasília, v.47, n.2. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL - CONSEA. **II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. A construção da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Relatório final**. Olinda, 2004.

_____. **A Segurança Alimentar Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil**. Resumo Executivo. Indicadores e monitoramento da constituição de 1988 aos dias atuais. Brasília, 2010.

_____. **IV Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Declaração Pelo Direito Humano à Alimentação Adequada e Saudável**. Salvador, 2011.

COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C.; TORAL, N.A. Desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, J, 2008.

CUSTÓDIO, M.B.et al. Segurança alimentar e nutricional e a construção de sua política: uma visão histórica. **Revista Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v.18, n.1, 2011.

DE BEM LIGNANI J.et al. *Changes in food consumption among the Programa Bolsa Família participant families in Brazil*. **Public Health Nutrition**, Londres, v.14, n.5. 2011.

ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 16, 2008, Caxambu. Indicadores para avaliar a segurança alimentar e nutricional e a garantia do Direito Humano à Alimentação: Metodologias e fontes de dados. Caxambu: **Anais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais – ABEP**, 2008.

FAVARO, T. et al . Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil.**Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4. 2007.

GARCÍA-CASAL, M.N. et al. A Program of Nutritional Education in Schools Reduced the Prevalence of Iron Deficiency in Students. **Anemia**, 2011.

GONDIM, J. A.M.G. et al. Composição centesimal e de minerais em cascas de frutas. **Ciência e Tecnologia de Alimentos**. Campinas, v.25, n.4.2005.

GRISA, C. et al. O Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) em perspectiva:Apontamentos e questões para o debate. **Relatório do Observatório de Políticas Públicas para a Agricultura**. Rio de Janeiro. 2009.

GUBERT, M.B.; BENICIO, M.H.D'A.; SANTOS, L.M.P. Estimativas de insegurança alimentar grave nos municípios Brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 08. 2010.

GUBERT, M.B; SANTOS, L. M.P. Determinantes da insegurança alimentar no Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**. Brasília, v.20, n.02.2009.

HOFFMANN, R. Determinantes da insegurança alimentar no Brasil. In: **Anais do 14º Congresso da Sociedade Latinoamericana de Nutrición**. Florianópolis, 2006.

_____. Insegurança alimentar no Brasil. **Revista de Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v.15, n.1. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS - IBASE. **Repercussões do programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas**. Rio de Janeiro, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Segurança Alimentar 2004. Rio de Janeiro. 2005.

_____. **Censo Demográfico**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=430175>. Acesso em 05 de fevereiro de 2012.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Rio de Janeiro. 2011.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. segurança alimentar 2009. Rio de Janeiro. 2010.

KEPPLE, A.W.; SEGALL-CORRÊA, A.M. Conceituando e medindo segurança alimentar e nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1. 2011.

LEVY-COSTA, R.B et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39. 2005.

LOPES, M. Artigo: Comemoração ao dia do Nutricionista. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/artigos/artigo-comemoracao-ao-dia-do-nutricionista>>. Acesso em: 04 abr. 2012.

MARIN-LEON, Leticia et al. A percepção de insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5. 2005.

MELGAR-QUIÑONEZ, Hugo; HACKETT Michelle. Measuring household food security: the global experience. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21. 2008.

MENDONÇA, C.P.; ANJOS, L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, 2004.

MONEGO, E.T.; PEIXOTO, M.R.G.; CORDEIRO, M.M.; COSTA, R. M. (In) Segurança alimentar de comunidades quilombolas do Tocantins. **Revista de Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v.17, n.1, 2010.

MONTAÑA, Miguel Medeiros. **Texto 1 – Curso de Formação de delegados. Compreensão sobre segurança alimentar e nutricional sustentável**. CONSELHO ESTADUAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL-CONSEA. Porto Alegre, 2011.

NOBRE, L. et al. Segurança Alimentar em uma Comunidade Rural no Alto Vale do Jequitinhonha/Mg. **Revista Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v.16, n.1.2009.

OLIVEIRA, F. de C.C. et al . Programa Bolsa Família e estado nutricional infantil: desafios estratégicos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 7. 2011.

OLIVEIRA, J.S. et al. Anemia, Hipovitaminose A e insegurança alimentar em crianças de municípios de Baixo Índice de Desenvolvimento Humano do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v.13, n.4,.2010.

OLIVEIRA, J.S. et al. Insegurança Alimentar e estado nutricional de crianças de São João do Tigre, no semi-árido do Nordeste. **Revista Brasileira Epidemiologia**, São Paulo, v. 12, n. 3. 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração Universal de direito Humanos**, ONU: Nova York, 1948.

_____. **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais**. Nova York, 1966.

_____. **Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Comentário Geral nº 12**,1999.

_____. **The Millenium Development Goals Report**. Nova York, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO - FAO. **I Conferência Mundial de Segurança Alimentar**. Roma.1974.

_____. **Cúpula Mundial da Alimentação da FAO**. Roma. 1996.

_____. **Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. Indicadores básicos propuestos para vigilar la situación de la seguridad alimentaria**. Roma, 2000.

PANELLI-MARTINS, B.E.; SANTOS, S.M.C.; ASSIS, A.M.O. Segurança alimentar e nutricional em âmbito municipal. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.21. 2008.

PANIGASSI, G. et al. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.10. 2008b.

PANIGASSI, G.et al. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21. 2008a.

PEDRAZA, D.F.; ANDRADE, S.L; LUCEMA, S. *La alimentación escolar analizada en el contexto de un programa*. **Revista Costarriquenha de Saúde Pública**, Costa Rica, v.14, n.26. 2005.

PELIANO, A. Lições da História – Avanços e Retrocessos na Trajetória das Políticas Públicas de Combate à Fome e à Pobreza no Brasil. In: ARANHA, Adriana.V. (Org), **Fome Zero: Uma História Brasileira**. Brasília, DF. v. 01, 2010.

PEREIRA, L.L. et al. Efeitos do Programa Bolsa Família nas condições de vida de beneficiários em municípios de muito baixo IDH. **Biblioteca Virtual do Bolsa Família 2010**. Disponível em: <www.undp-povertycentre.org/publications/mds/33M.pdf>. Acesso em: 04 de abril de 2012.

PEREZ-ESCAMILLA R, et al. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture food insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. **Journal of Nutrition**.v.134. United States, 2004.

PEREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA, A.M. Food insecurity measurement and indicators. **Revista de Nutrição**, v.21. Campinas, 2008.

PHILIPPI, S.T. et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Revista de Nutrição**. v. 12, n. 01. Campinas, 1999.

PIERINE, D.T. et al. Composição Corporal, atividade física e consumo alimentar de alunos do ensino fundamental e médio. **Revista Motriz**. v.12, n 2. Rio Claro, 2006.

PIMENTEL, P.G.; SICHIERI, R.; SALLES-COSTA, R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, n. 2. São Paulo, 2009.

PINHEIRO, A.R.O RO; GENTIL, P.C. **A Iniciativa de Incentivo ao consumo de Frutas, Verduras e Legumes (F, L&V):** uma estratégia para abordagem intersectorial no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2005.

PIOVESAN, F.. Direitos sociais, econômicos e culturais e direitos civis e políticos **Sur - Rede Universitária de Direitos Humanos**, v. 1, n. 1. São Paulo, 2004.

POULAIN, J.P.; PROENÇA, R.P.C. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. **Revista de Nutrição**, v. 16, n. 4. Campinas, 2003.

ROSA, J.A.O. da. **Estado nutricional e consumo de alimentos de beneficiários do Programa Bolsa Família em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre/RS**. 2011. Porto Alegre, 2011.

SAMPAIO, M.F.A. et al. (In) Segurança Alimentar: experiência de grupos focais com populações rurais do Estado de São Paulo. **Revista de Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 13, n. 1. Campinas, 2006.

SANTOS, J.V.; GIGANTE, D.P.; DOMINGUES, M.R. Prevalência de insegurança alimentar em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, e estado nutricional de indivíduos que vivem nessa condição. **Cadernos de Saúde Pública**, v.26. Rio de Janeiro, 2010

SANTOS, L.M.P. PASQUIM, E.M., SANTOS, S.M.C. Programas de transferência de renda no Brasil: um estudo multidimensional da implementação do Bolsa Escola, Bolsa Alimentação e Cartão Alimentação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.3. Rio de Janeiro, 2011.

SÃO LOURENÇO DO SUL. Prefeitura Municipal de São Lourenço do Sul. **Decreto municipal nº 2.762, de 24 de Abril de 2006**. Cria o Programa de Aquisição de alimentos. São Lourenço do Sul, 2006a.

_____. **Decreto municipal nº 2.762 de 24 de abril de 2006.** Cria o Comitê Fome Zero. São Lourenço do Sul, 2006b.

_____. **Resolução nº 001/2009.** Cria Conselho Municipal de Assistência Social. São Lourenço do Sul, 2009.

_____. **Histórico do município.** Disponível em: < www.saolourencodosul.rs.gov.br/>. Acesso em 04 maio de 2012. São Lourenço do Sul, 2012.

SEGALL-CORRÊA, A.M. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos Avançados.** São Paulo, v. 21, n. 60.2007.

SEGALL-CORRÊA, A.M.; ESCAMILLA, R.P.; MARANHA, L.K.; SAMPAIO, M.F.A. **Projeto de acompanhamento e avaliação da segurança alimentar de famílias brasileiras:** validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação. Campinas: Universidade Estadual de Campinas/Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde. Campinas, 2004.

SERVIÇO SOCIAL DA INDÚSTRIA - SESI. **Cozinha Brasil.** SESI. Disponível em: <http://www.sesirs.org.br/projetos_sesi.asp>. Acesso em: 20 de julho de 2012.

STANDING COMMITTEE ON NUTRITION. **Diet-related chronic diseases and double burden of malnutrition in West Africa.** London: United Nations System; 2006.

UNITED NATIONS MILLENNIUM DECLARATION. **Millennium Declaration: development goals.** New York: United Nations; 2000.

VALENTE, F.L.S. Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional: o direito à alimentação adequada. In: VALENTE, F.L.S., editor. **Direito humano à alimentação: desafios e conquistas.** São Paulo, 2002.

VASCONCELOS, F.A.G de. Josué de Castro e a Geografia da Fome no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 24, n. 11. Rio de Janeiro, 2008.

VIANNA, R.P.T., SEGALL-CORREA, A.M. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Nutrição,** v.21. Campinas, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO. 2000.

ANEXO 02 - QUESTIONÁRIO

	<p>ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO LOURENÇO DO SUL Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social e Habitação</p>	
---	---	---

Questionário de Avaliação da Segurança Alimentar e Nutricional dos beneficiários do Programa de Aquisição de Alimentos -Fome Zero (FZ) de São Lourenço do Sul /RS

BLOCO I - Identificação		NQ _____
Entrevistador: _____	Data: ___/___/___	
1.Qual sua Comunidade em que você recebe o FZ?		COM__ __
2.Qual o nome completo do titular no Programa?		
3.Qual a sua idade? (Idade do Titular no Programa) _____ anos		IDT__ __
4.Qual o seu sexo? (Sexo do Titular no Programa) (1) Feminino (0) Masculino		SXT__
5.Qual a sua cor de pele? (Cor do Titular do Programa-respondido pelo entrevistado) (0) Branca (1) Preta (2) Parda /Amarela (3) Indígena (4) Outra: _____ (9) não sei		CORT__
6.Qual o valor total da renda mensal da família? R\$ _____ ou Salários mínimos: _____ (999999) não sei OBS: Não incluir o bolsa família/programas sociais na renda, incluir a renda de todos que comem na casa.		VR_____ , ___
7.Qual o número de pessoas na família ou (comem na casa)? _____ (99) não sei		NFAM__ __
8.Qual o número de adultos na casa (maiores de 18 anos)? _____ (99) não sei		NAD__ __
9.Quantas pessoas fazem refeições na casa? _____ (99) não sei		NPESREF__ __

10.Qual o número de refeições realizadas pela família no dia anterior? _____ (99) não sei	NREFC __ __
11.A quantidade de alimentos adquiridos (comprado e recebido) foi suficiente para alimentar todos os membros da família durante todo o mês? (1) Sim (0) Não (9) não sei	ALIMA__
12.Por falta de alimentos em casa algum morador em determinada ocasião: Diminui a quantidade de alimentos nas refeições? (1) Sim (0) Não (9) não sei Deixou de fazer alguma refeição? (1) Sim (0) Não (9) não sei Sentiu fome por falta de alimentos? (1) Sim (0) Não (9) não sei	ALIMFD__ ALIMFR__ ALIMFF__
13.Algum morador da casa perdeu peso porque não comeu quantidade suficiente por falta de alimento em casa? (1) Sim (0) Não (9) não sei	PPESO __
14.A família produz ou cultiva algum tipo de alimento em casa para consumo próprio? (1) Sim (0) Não (9) não sei CASO A RESPOSTA SEJA NÃO OU NÃO SEI PULE PARA O BLOCO II.	PROD __
15. Se sim , qual o tipo de produto? (0) Horta caseira (1) Criação de algum animal (frango, porco, etc) (2) Outro. Qual?	TIPO __

BLOCO II – Alimentação

Nos últimos sete dias, em quantos dias a **maioria dos moradores da casa** comeu os seguintes alimentos ou bebidas?

Reforçar que é a maioria dos moradores, mesmo que um não goste de certo alimentos contar os dias que a maioria dos moradores comeu o determinado alimento.

MARQUE COM UM X A FREQUÊNCIA DE CONSUMO **FAMILIAR** DOS ALIMENTOS ABAIXO:

Alimento/ Bebida	Nenhu m dia	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	7 dias	
Legumes ou verduras									CL __
Frutas									CFR __
Feijão									CFE __
Leite, iogurte ou queijo									CLE __
Carnes (gado, frango, peixe ou miúdos)									CCAR __
Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, linguiça ou salame)									CEMB __
Ovos									COV __
Macarrão, arroz, batata ou mandioca									CCER __
Salgadinhos de pacotes ou biscoitos recheados ou biscoitos doces									CSAL __
Balas, chocolates, pirulitos ou chicletes									CGUL __
Refrigerantes normal									CREF __
Refrigerantes diet., light, zero									CREFD __

BLOCO III –Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Nutricional - EBIA

Pense agora nos **ÚLTIMOS TRÊS MESES** e responda as questões a seguir:

PERGUNTA SOBRE **TODOS** OS MORADORES DA CASA:

1. Os moradores de sua casa tiveram a **preocupação de que a comida acabasse** antes que tivessem dinheiro para comprar ou receber mais comida? (1) Sim (0) Não (9) não sei

E1__

2. Os alimentos acabaram antes que os moradores tivessem dinheiro para comprar mais comida? (1) Sim (0) Não (9) não sei	E2__
3. Os moradores ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada ? (1) Sim (0) Não (9) não sei	E3__
4. Os moradores da casa comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou? (1) Sim (0) Não (9) não sei	E4__
5. Algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?* (1) Sim (0) Não (9) não sei	E5__
6. Algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia ou diminuiu alguma vez a quantidade de alimentos nas refeições porque não havia dinheiro para comprar comida? (1) Sim (0) Não (9) não sei	E6__
7. Algum morador da casa sentiu fome , mas não comeu porque não tinha dinheiro para comprar comida? (1) Sim (0) Não (9) não sei	E7__
8. Algum adulto perdeu peso porque não comeu quantidade suficiente de comida devido à falta de dinheiro para comprar comida? (1) Sim (0) Não (9) não sei	E8__
9. Algum adulto ficou um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (0) Não (9) não sei	E9__
PRÓXIMAS PERGUNTAS: SOMENTE SOBRE AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES DA CASA: CASO NÃO TENHA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CASA, PULE PARA QUESTÃO NÚMERO 16	
10. Algum morador menor de 18 anos de idade alguma vez deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida? (1) Sim (0) Não (9) não sei (8) não tem jovens na casa	E10__
11. Algum morador menor 18 anos não comeu em quantidade suficiente porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (0) Não (9) não sei (8) não tem jovens na casa	E11__

12. Algum morador menor 18 anos diminuiu a quantidade de alimentos das refeições porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (1) Sim (0) Não (9) não sei (8) não tem jovens na casa	E12__
13. Algum morador menor 18 anos deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (0) Não (9) não sei (8) não tem jovens na casa	E13__
14. Algum morador menor 18 anos teve fome , mas não comeu porque não podia comprar mais comida? (1) Sim (0) Não (9) não sei (8) não tem jovens na casa	E14__
15. Algum morador menor 18 anos ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida?(1) Sim (0) Não (9) não sei (8) não tem jovens na casa	E15__
PRÓXIMAS PERGUNTAS: SOBRE O TITULAR DO PROGRAMA (FAZER DIRETAMENTE A PERGUNTA A PESSOA QUE ESTA RESPONDENDO O QUESTIONÁRIO):	
16. Alguma vez terminou a comida da casa e o (a) Sr. (a) não tinha dinheiro para comprar mais? (1) Sim (0) Não (9) não sei	E16__
17. O(A) Sr. (a) pode oferecer uma alimentação variada , com feijão, arroz, carne, saladas e frutas para sua família? (1) Sim (0) Não (9) não sei	E17__
18. O(A) Sr. (a) ou alguma outra pessoa na sua casa tiveram que diminuir a quantidade de comida ou não fazer alguma refeição por falta de dinheiro para comprar mais? (1) Sim (0) Não (9) não sei CASO A RESPOSTA SEJA NÃO OU NÃO SEI PULE PARA QUESTÃO NÚMERO 20	E18__
19. Em quantos meses isso aconteceu? _____ meses (99) Não aconteceu	E19__
20. O(A) Sr. (a) comeu menos do que gostaria porque não tinha dinheiro para comprar mais? (1) Sim (0) Não (9) não sei	E20__
21. O(A) Sr.(a) sentiu fome , mas não comeu porque não tinha dinheiro para comprar mais comida? (1) Sim (0) Não (9) não sei	E21__
*Esta pergunta foi desdobrada em duas na aplicação do questionário “diminuiu a quantidade” e “pulou refeições”.	
BLOCO IV – Direitos	

1. Você percebe a alimentação de sua família como um dever seu? (1) Sim (0) Não (9) não sei	DEVALIM__
2. Você percebe a alimentação de sua família como um direito seu? (1) Sim (0) Não (9) não sei	DIRALIM__
3. Você participa de oficinas, curso, ou outros oferecidas pela Assistência Social? (1) Sim (0) Não (9) não sei	CUR__
4. Teria interesse em que área? Quais cursos?	INT__ INT1__ INT2__ INT3__ INT3__
5. O que mudou em sua vida após receber o Fome Zero?	FZ__ FZ1__ FZ2__ FZ3__ FZ4__
BLOCO V - Preparo dos alimentos	

Como você **geralmente prepara** os alimentos a seguir descritos? (Pode ter mais de um tipo de preparação)

Abóbora cabotia	PAB__ PAB1__ PAB2__ PAB3__ PAB4__
Batata inglesa	PBT__ PBT1__ PBT2__ PBT3__ PBT4__
Batata doce	PBTD__ PBTD1__ PBTD2__ PBTD3__ PBTD4__
Cebola	PCEB__ PCEB1__ PCEB2__ PCEB3__ PCEB4__
Cenoura	PCEN__ PCEN1__ PCEN2__ PCEN3__ PCEN4__
Beterraba	PBET__ PBET1__ PBET2__ PBET3__ PBET4__
Leite (cru ou cozido)	PLEI__ PLEI1__ PLEI2__ PLEI3__ PLEI4__
Doce de leite	PDLEI__ PDLEI1__ PDLEI2__ PDLEI3__ PDLEI4__

Feijão	PFEI__ PFEI1__ PFEI2__ PFEI3__ PFEI4__
Arroz	PARR__ PARR1__ PARR2__ PARR3__ PARR4__
Couve	PCOU__ PCOU1__ PCOU2__ PCOU3__ PCOU4__
Peixe	PPEI__ PPEI1__ PPEI2__ PPEI3__ PPEI4__
Suco	PSUC__ PSUC1__ PSUC2__ PSUC3__ PSUC4__
Repolho	PREP__ PREP1__ PREP2__ PREP3__ PREP4__
Tomate	PTOM__ PTOM1__ PTOM2__ PTOM3__ PTOM4__
Chuchu	PCHU__ PCHU1__ PCHU2__ PCHU3__ PCHU4__
Aipim ou mandioca	PAIP__ PAIP1__ PAIP2__ PAIP3__ PAIP4__
Schimier ou Geléia	PSCHI__ PSCHI1__ PSCHI2__ PSCHI3__ PSCHI4__
Ovos	POV__ POV1__ POV2__ POV3__ POV4__
Bergamota	PBER__ PBER1__ PBER2__ PBER3__ PBER4__
Laranja	PLAR__ PLAR1__ PLAR2__ PLAR3__ PLAR4__
Existe algum outro alimento que você recebe do Fome Zero? (1) Sim (0) Não (9) não sei CASO SIM: Como você prepara?	OUTAL__ OUTAL1__ OUTAL2__ OUTAL3__ OUTAL4__
Você utiliza talos de verduras e legumes no preparo da alimentação de sua família?	UTTAL__

(1) Sim (0) Não (9) não sei CASO SIM: Quais preparações?	PPTAL1__ PPTAL2__ PPTAL3__ PPTAL4__
Você utiliza cascas de verduras, legumes e frutas no preparo da alimentação de sua família? (1) Sim (0) Não (9) não sei CASO SIM: Quais preparações?	UTCAS__ PPCAS1__ PPCAS2__ PPCAS3__ PPCAS4__
Qual o tipo de gordura utilizada em sua casa para preparar os alimentos? (0) Óleo vegetal (1) Banha animal (2) Margarina ou manteiga (3) Óleo e banha	TPGOR__
BLOCO VI – Saúde	
Você realiza mais de 30 minutos de atividade física ao dia? (1) Sim (0) Não (9) não sei	AFT__
Você fuma diariamente? (1) Sim (0) Não (9) não sei	FT__
Em casa tem mais alguém que fume diariamente? (1) Sim (0) Não (9) não sei Quem?	FF__ FQ__

BLOCO VII – Filhos							
Nº filhos ou netos ou moradores da casa menores de 12 anos: _____							NFIL
Primeiro nome do filho:	1	2	3	4	5	6	7
Qual a idade de cada filho?	IDF1:___	IDF2:___	IDF3:___	IDF4:___	IDF5:___	IDF6:___	IDF7:___
Quantos anos/meses e dias amamentou no peito seu filho?	AA1:___ AM1:___ AD1:___	AA2:___ AM2:___ AD2:___	AA3:___ AM3:___ AD3:___	AA4:___ AM4:___ AD4:___	AA5:___ AM5:___ AD5:___	AA6:___ AM6:___ AD6:___	AA7:___ AM7:___ AD7:___

		__					
Qual o peso filho? EM KG	P1__ __,__	P2__ __,__	P3__ __,__	P4__ __,__	P5__ __,__	P6__ __,__	P7__ __, __
Qual a altura filho? EM CM	A1__ __ __	A2__ __ __	A3__ __ __	A4__ __ __	A5__ __ __	A6__ __ __	A7__ __ __
DADOS DO TITULAR							
Qual seu peso? Em Kg		PT__ __, __					
Qual sua altura? Em CM		AT__ __ __					
Até qual série você estudou?		__ __ (Em anos completos)					

